

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 126

LES HÉMORRAGIES
ET
L'HÉMATOCÈLE PELVIENNES
INTRA-PÉRITONÉALES
SANS GROSSESSE ECTOPIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand TARTANSON

Né le 7 Mars 1882, à Barrême (Basses-Alpes),

Ancien interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 426

LES HÉMORRAGIES
ET
L'HÉMATOCÈLE PELVIENNES
INTRA-PÉRITONÉALES
SANS GROSSESSE ECTOPIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand TARTANSON

Né le 7 Mars 1882, à Barrême (Basses-Alpes),

Ancien interne des Hôpitaux.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLONG
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LÉPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), Président ; VILLARD, Assesseur ;

MM. TIXIER et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. le Professeur AUG. POLLOSSON

A MM. VILLARD, TIXIER, LAROYENNE

CHIRURGIENS DES HOPITAUX, PROFESSEURS AGRÉGÉS

*Qui nous font l'honneur de faire partie
du jury de notre thèse.*

LES HÉMORRAGIES
ET
L'HÉMATOCÈLE PELVIENNES
INTRA-PÉRITONÉALES
SANS GROSSESSE ECTOPIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'hématocèle pelvienne est une question de date relativement récente, car, bien que la première observation rapportée par Ruysch date de 1737, l'affection n'est vraiment entrée dans le domaine pathologique à titre d'entité propre que depuis une cinquantaine d'années, avec les nombreux travaux des chirurgiens français. Nélaton, le premier en 1850, en donne déjà une description clinique des plus complètes, établissant son siège rétro-utérin et lui décernant le nom d'hématocèle rétro-utérine. Après lui, les auteurs qui s'occupent de la question, intéressés surtout par le point de vue pathogénique, lui décrivent une quantité de théories, qu'ils ne peuvent malheureusement appuyer sur des données anatomiques précises. Les vérifications sur la table d'autopsie étaient rares, et les interventions chirurgicales avaient une gravité telle que l'abstention était alors plus profitable aux malades.

Ils incriminent tour à tour dans la production de l'épanchement sanguin : la pélvipéritonite hémorragique (Wirkow, Bernütz et Jousset, Besnier), la rupture des plexusutéro-ovariens (Richet et son élève Devalz, Puech et Courty) ; le reflux du sang dans la trompe et le péritoine (Bernütz) ; l'hémorragie tubaire (Trousseau qui édifie à ce sujet sa théorie ingénieuse de l'hématocèle cataméniale) ; enfin les hémorragies d'ovaire (Nélaton, Denonvilliers, Voisin),

Dès 1853, Dénucé écrivait déjà : « Ces tumeurs ne seraient-elles pas le résultat d'une grossesse extra-utérine, avec cette seule différence que le fœtus, arrivé à une période moins avancée, passerait ordinairement inaperçu ». Reprise par Gallard, et admise à titre de simple hypothèse en 1855, cette idée de l'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine, devait être présentée par lui en 1877 comme une affirmation basée sur des faits bien observés : « L'hématocèle péri-utérine, toute spontanée doit être considérée comme une porte extra-utérine ».

Cette théorie devait rallier à elle les suffrages de tous les auteurs. Poncet, dans sa thèse d'agrégation en 1878, et surtout en 1886 dans son article *Hématocèle* du *Dictionnaire Dechambre*, après avoir passé en revue les diverses opinions émises sur la pathogénie de l'hématocèle, pouvait écrire : « De près ou de loin, beaucoup de ces tumeurs intra-péritonéales se rattachent à un trouble de l'ovulation, l'ovaire a dans la pathogénie de l'hématocèle la même importance que dans la physiologie du système utérin. »

La grossesse extra-utérine est donc à l'origine de la

plupart des hématoécèles. Cette opinion est acceptée en Allemagne par Schröder, Veit, Martin. Lawson Tait, en Angleterre, devient le défenseur fervent de cette théorie ; dans tous les cas opérés par lui il trouva toujours le fœtus et tout au moins des débris placentaires, il ajoute même que dans la plupart des cas publiés « il est absolument certain que l'examen microscopique de la tumeur l'eut fait reconnaître pour un placenta ». Cestan, dans sa thèse en 1894, puis dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1896 dit que « il est démontré aujourd'hui que la source exclusive des hémorragies péri-utérines, doit être placée dans une trompe gravide » et plus loin : « Nous voyons en fin de compte que, exception faite pour quelques cas prouvés d'hémorragie ovarienne ou d'hématosalpingite vraie, on a partout retrouvé la grossesse ectopique, lorsqu'on a su la chercher... » « La part de la grossesse tubaire est si large qu'elle doit être considérée pratiquement comme la seule et vraie cause des hémorragies pelviennes... »

La proportion de grossesse extra-utérine serait de 95 0/0 d'après Thévenard (thèse Paris 95-96) et il ne cite même aucun cas où l'on puisse incriminer une autre cause anatomique.

L'accord semble donc fait, et certains auteurs même se refusent à admettre toute autre origine à l'hématoécèle pelvienne. Ainsi Faure, dans un traité que l'on peut considérer comme classique, a pu écrire : « Rupture et avortement tubaires, tels sont les accidents que l'on retrouve à l'origine de toutes les hématoécèles ».

Depuis quelques années, le côté pathogénique de la

question est à peu près totalement laissé de côté; les publications récentes sur l'hématocèle, et il y a peu de questions de pathologie qui aient davantage les honneurs de l'actualité, ne traitent plus que le côté purement opératoire; chaque chirurgien présente des statistiques remarquables, nous montrant le chemin énorme parcouru dans le traitement de cette affection, depuis l'époque où les chirurgiens eux-mêmes préféraient la résorption lente, répartie sur plusieurs mois et même années, à une intervention plus radicale, mais plus riche en incidents.

Il semble *a priori* qu'une affection d'allure aussi variée que l'hématocèle ne peut résulter d'une lésion unique; la pathologie est trop complexe dans ses causes et déterminations, trop indépendante de toute loi mathématique, pour qu'une altération toujours identique à elle-même, puisse, chez des malades différents, produire des manifestations cliniques si variables dans leur intensité. Aussi des faits précis ne devaient pas tarder à prouver qu'à côté de l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, qui reste la règle, il existe une hématocèle indépendante de la gravidité, qui est l'exception mais qui n'en existe pas moins. Nos recherches ont été aussi étendues que possible et ont porté sur les différentes littératures française et étrangères.

En 1890, puis de nouveau en 1898 Alban Doran parlait d'hémorragies de la trompe non gravide dans deux articles que nous n'avons malheureusement pas pu consulter.

Crown en 1891 enlève une trompe gravide et est obligé de réformer son diagnostic clinique d'après l'exa-

men des coupes de l'organe prélevé. Townsend en 1893 opère une malade, qu'il croit atteinte de grossesse tubaire, enlève une trompe dilatée, et l'examen histologique pratiqué par Whitney ne montre que des altérations d'hématosalpinx inflammatoire. En 1905, Harold Wilson, au sujet d'un cas d'hématome de l'ovaire pris pour une appendicite, rappelle qu'il a eu l'occasion d'opérer cinq cas d'hématome de l'ovaire avec chaque fois présence d'une certaine quantité de sang épanché dans le Douglas ; il oublie seulement de nous dire si ces observations furent publiées. Bovee, en 1898, intervient pour une hémorragie tubo-ovarienne qu'il suppose être une rupture de grossesse tubaire et ne retrouve pas de grossesse à l'examen histologique. Wheelton Hind, en 1905, publie un cas d'hématocèle par rupture d'un follicule de de Graaf apopleptique, et Clarke en 1907 un cas par coexistence de fibrome utérin.

Les faits sont plus nombreux dans les pays de langue allemande. Sauter, en 1901, publie quatorze cas d'autopsie avec épanchement sanguin dans le Douglas, qu'il explique par une hyperhémie mécanique généralisée au cours de maladies générales. Skutsch, en 1905, dans ses recherches expérimentales admet qu'un certain nombre d'hématocèles sont dues à la coexistence d'une maladie de cœur. Bürkle publie un cas d'hématocèle typique opérée par Freund, et qu'en l'absence de cause appréciable il considère « comme compensatrice et comme une sorte de saignée naturelle ! »

Mais à côté de ces publications provoquées par le mémoire de Sauter, peu instructives par l'absence de lésion anatomique précise, et l'inutilité de leur traite-

ment, se placent un certain nombre d'observations d'un plus grand intérêt. Schambacher affirme qu'un chercheur exercé doit savoir trouver les éléments fœtaux quand ils existent et que, histologiquement, « on doit toujours distinguer une grossesse tubaire d'une salpingite hémorragique ».

Kober, élève de Pfannenstiel, rapporte en 1901 deux cas d'hématocèle, opérés par son maître, et où l'examen microscopique permet d'infirmar la grossesse ectopique.

Freund, au Congrès de Giessen, 1901, rapporte deux faits analogues qui étaient dus histologiquement à des salpingites chroniques hémorragiques.

Gabriel, la même année, publie un cas d'hématocèle par hémorragie ovarienne, et dans lequel il croit pouvoir éliminer la grossesse ectopique.

Burger, en 1903, Otto-Engström, en 1907, rapportent tous deux un cas par rupture d'un kyste hémorragique de l'ovaire. Weinbrenner, en 1905, publie une observation avec salpingite hémorragique ; enfin Steinbuchel, 1905 et Stein, 1905, rapportent des faits d'hémorragie pelvienne par coexistence de fibrome utérin.

C'est dans les publications françaises que nous avons trouvé les faits les plus nombreux, les observations les plus complètes et les plus consciencieuses, permettant d'entraîner la conviction sur une question qui prête autant à discussion. Nous laisserons de parti pris les observations anciennes, publiées dans le but d'étayer une explication pathogénique et qui ont le grand tort de ne pas être complètes.

Laroyenne et son élève Soller publiaient, en 1882, une série de cinq hématoécèles dont trois avec coexistence de fibrome utérin, qu'ils avaient recueillis dans le seul service de la Charité et en un court espace de temps, le diagnostic d'hématoécèle fut vérifié par la ponction.

Martin, en 1897, dans la *Normandie Médicale*, publie une autre observation d'hématoécèle et de fibrome et incrimine une torsion du pédicule. Enfin Perrier, en 1904, dans une thèse inspirée par A. Pollosson, puis Lemoine, élève de Thédenat, en 1906, rapportent un grand nombre de faits à l'appui de cette coexistence des fibromes utérins et des hémorragies intra-péritonéales.

Plus nombreux encore sont les cas d'hématoécèle par kyste hémorragique de l'ovaire. Cestan publie dans sa thèse un cas d'hémorragie bilatérale des ovaires avec rupture de l'ovaire gauche, malheureusement l'examen histologique ne peut être pratiqué. Pareil reproche ne peut être fait aux observations si complètes de Maurange 1893, Depage 1898, Bender et Marcille 1904, De Rouville 1908, Jayle 1908.

Les lésions de la trompe sont, elles aussi, incriminées. Pilliet, 1893, établissait l'existence d'hématosalpinx inflammatoire sans grossesse tubaire; les cas avec production d'hématoécèle sont des plus rares, pourtant ceux de Soulié, 1905 et de Roulland, 1907, donnent toute satisfaction au point de vue anatomique.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Albertin, une malade qui entra dans le

service de notre maître à la Charité, et pour laquelle nous fûmes tous unanimes à porter le diagnostic d'hématocèle pelvienne, la rattachant à l'existence d'une grossesse tubaire, bien que l'étude complète des antécédents de la malade et les renseignements fournis par l'examen eussent pu rendre notre interprétation pathogénique hésitante. Notre surprise fut grande de trouver au milieu des caillots sanguins, qui remplissaient tout le bassin, un volumineux utérus fibromateux et de constater ensuite sur la pièce prélevée la présence dans les deux ovaires de kyste hématique, dont l'un rompu était la cause évidente de l'hémorragie intra-péritonéale. Cette observation fut le point de départ de notre travail inaugural et nous sommes heureux d'avoir pu trouver, au cours de nos recherches, un certain nombre de faits, dont beaucoup indiscutables, qui nous permettent d'établir, à côté de l'hématocèle gravidique, une hématocèle indépendante de toute grossesse extra-utérine et relevant de lésions anatomiques diverses dans la zone génitale. Nous ne voulons pas mettre en parallèle la fréquence de ces deux affections, bien persuadés que l'hématocèle gravidique reste la règle et que l'autre n'est et ne sera que l'exception; il est utile pourtant de savoir qu'on ne doit pas forcément rattacher à un trouble de la fécondation tous les épanchements sanguins enkystés dans le Douglas.

Nous tenons maintenant à délimiter notre sujet et indiquer pourquoi dans notre titre, au mot hématocèle nous avons ajouté celui d'hémorragies pelviennes intra-péritonéales. Dès que l'hématocèle commença à être une entité propre, les premiers auteurs eurent soin,

en effet, de nettement distinguer l'une de l'autre une hémorragie libre dans la cavité péritonéale d'avec l'hématocèle « poche sanguine élastique dans le cul-de-sac postérieur » d'où le nom d'hématocèle rétro-utérine que lui donna Nelaton. Cette distinction est depuis admise par tous et nous trouvons dans Pozzi la définition suivante : « On doit réserver le terme d'hématocèle pelvienne aux collections sanguines enkystées se produisant dans des conditions pathogéniques spéciales qui assurent à la lésion une longue durée et lui donnent un caractère distinct. »

Nous accepterons cette définition, et nous laisserons de côté ces hémorragies qui, bien qu'occupant le bassin, ont par exemple pour origine une plaie traumatique d'un organe de la cavité abdominale. Nous ne ferons pas rentrer dans notre cadre des cas, intitulés pourtant hématocèle pelvienne, et qui surviennent à titre de complication d'une intervention chirurgicale, par défaut ou insuffisance d'hémostase. Mais un certain nombre de lésions des organes génitaux chez la femme et ceci en dehors de tout processus relevant de la gravidité, donnent lieu suivant le cas soit à une hémorragie brusque inondant d'emblée toute la cavité abdominale, soit à la formation plus lente d'une tuméfaction sanguine localisée, au point déclive, au cul-de-sac de Douglas. La différence entre ces deux cas proviendrait, dit-on, de la réaction de défense du péritoine, avec inondation dans un péritoine sain, hémorragie cloisonnée dans un péritoine malade, les adhérences péritonéales servant de barrière au flot sanguin envahissant. En réalité, cette formule est trop schématique

pour être toujours exacte, l'enkystement péritonéal n'est le plus souvent qu'un phénomène secondaire et son rôle d'arrêt dans l'hémorragie est loin d'être démontré. Il est d'autres éléments du problème qui restent à envisager ; le calibre du vaisseau qui saigne, la largeur de sa déchirure sont assurément des facteurs de premier ordre ; de même les premiers soins donnés à la malade et surtout l'immobilisation précoce et absolue doivent aussi jouer un rôle dans la persistance de l'hémorragie. Il y a donc dans le problème un grand nombre d'inconnues, et on ne saurait dire *a priori*, si une hémorragie ayant son point de départ dans le bassin sera d'emblée une inondation péritonéale ou évoluera lentement pour constituer une hématocele.

Aussi, dirons-nous : certaines lésions de la zone génitale de la femme, peuvent, dans certaines conditions, donner lieu à des hémorragies intra-péritonéales : ces épanchements sanguins tombent dans le cul-de-sac de Douglas, point déclive de la cavité abdominale, y restent localisés et s'y enkystent du fait de la réaction de défense du péritoine ; parfois l'hémorragie, plus abondante dans sa source ou non bridée dans son extension, s'étend à toute la cavité péritonéale constituant alors le type de l'inondation péritonéale. Entre ces deux variétés il n'y a qu'une question de plus ou de moins, leur origine est la même et leur étude ne peut être séparée.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE PAR LÉSIONS DE L'OVAIRE

Au premier rang des lésions susceptibles de donner un épanchement sanguin intra-pelvien, viennent par ordre de fréquence les altérations de l'ovaire. Cette donnée avait déjà été mise en évidence par Nelaton qui, en même temps qu'il localisait en arrière de l'utérus, l'hémorragie intra-péritonéale, en retrouvait l'origine dans la rupture des kystes hématiques de l'ovaire. Puech, Dénonvilliers, Laugier, Gallard apportent à l'appui de cette théorie un certain nombre d'observations, qui sont réunies dans la thèse de Raguet. Le sang fait irruption dans un follicule, le distend, et peut ou non faire issue au dehors après déchirure de l'enveloppe de ce follicule. C'est aussi à un kyste hématique qu'était dû le cas rapporté par Trouseu dans ses cliniques ; il en attribuait la rupture à l'hyperhémie sous la dépendance de l'état infectieux de la malade, infection si grave qu'elle entraîna la mort et permit de découvrir à l'autopsie une hématocèle typique. Plusieurs autres observations analogues, publiées ensuite, encourent toutes le reproche de manquer d'examen microscopique, et ont des chances de n'avoir

été que des grossesses ovariennes passées inaperçues et compliquées d'hémorragie intra-péritonéale.

La grossesse ovarienne en effet, quoique bien inférieure en fréquence à la localisation tubaire, n'en est pas moins nettement établie. Dans sa thèse. Mlle E. Conheim en rapportait dix-neuf cas non douteux, auxquels sont venus se joindre les cas plus récents publiés par Letoux en 1900 et Rigollot-Simonot en 1906. Ces grossesses ovariennes paraissent plus aptes que la grossesse tubaire à pouvoir arriver à terme sans avoir provoqué d'incident ; c'est ainsi que, dans les cas rapportés par Mlle Conheim, huit atteignirent le neuvième mois, la plupart s'arrêtèrent au cours de leur évolution, et une minorité seulement, deux sur dix-neuf, le cas de Kower et de Gottschalk, donnèrent des accidents d'hémorragie interne.

En l'absence de caractères macroscopiques évidents, c'est-à-dire présence d'un fœtus ou de placenta, l'examen histologique est indispensable, « souvent tous les éléments de l'embryon ont disparu, et il faut rechercher longtemps pour rencontrer, à travers une longue série de coupes, quelques vestiges de villosités choriales qui décèlent l'origine gravidique de la tumeur sanguine » (Potier).

La fécondation, en cas de grossesse ovarienne, se produit dans une vésicule de de Graaf, celle-ci se développe mais il ne peut y avoir formation de corps jaune vrai. On pourra donc dire qu'une hémorragie intra-péritonéale à point de départ ovarien ne relève pas d'une grossesse, lorsqu'on ne retrouvera ni débris fœtal, ni débris placentaire et que sur les coupes en série

le microscope ne révélera ni corps jaune, ni villosités choriales. Nous avons pu recueillir un certain nombre de faits positifs remplissant toutes ces conditions.

Les ovaires, source de l'hémorragie, présentent tous, à l'exception de celui observé par Depage, à leur intérieur un ou plusieurs kystes hématiques. Ces kystes hématiques qui, avant la rupture, sont tendus, saillants à la surface de l'ovaire, s'affaissent ensuite par flaccidité de leur paroi qui est maximum au point où s'est effectuée la déchirure.

Leur volume est variable de celui d'une petite mandarine, comme dans notre cas, à celui d'un œuf de poule d'un petit pois, et il y a même souvent discordance entre l'abondance de l'hémorragie intra-péritonéale qui peut atteindre et dépasser un litre et la petite cavité qui lui a donné naissance.

Lorsque le kyste est unique, il arrive à occuper presque tous le tissu ovarien qui ne lui forme plus qu'une coque enveloppante ; en réalité, on trouve le plus souvent la coexistence d'un ou plusieurs kystes sur le même ovaire ou celui du côté opposé. Ces kystes ont parfois un contenu clair, le plus souvent ils sont, eux aussi, de nature hémorragique, à contenu clair séro-hématique ou franchement sanguin, de coloration rouge ou même goudron. Il arrive de trouver sur le même ovaire, à côté du kyste hématique rompu, un kyste hématique encore intact et d'autres de nature séreuse. Parfois, l'ovaire est comme criblé de tout petits kystes hémorragiques, cette ovarite hémorragique décrite par Robin est le propre des maladies infectieuses hémorragiques.

La bilatéralité des lésions est presque habituelle ; ce fait, qui aura son importance dans la question du traitement, cadre bien avec l'origine que l'on reconnaît à la formation des kystes hématiques. Cette bilatéralité des lésions avait attiré l'attention de Pillet qui, notant dans les antécédents des malades atteintes de cette affection des symptômes d'infection utéro-annexielle, concluait que la plupart de ces kystes étaient le résultat d'une ovarite scléro-kystique. Les annexes, en effet sont altérées dans leur ensemble : les ovaires sont durs, striés de bandes de sclérose englobant de petits kystes à contenu clair, et plongés ainsi que les trompes à l'intérieur de fausses membranes péritonéales de date ancienne. La préexistence de ces fausses membranes nous explique le rôle qui leur est dévolu dans la limitation de l'épanchement sanguin. C'est ainsi que le cas rapporté par Eberhardt est presque schématique ; comme hématocele réduite, il s'agissait d'une hémorragie de l'ovaire sur des annexes englobées depuis longtemps par réaction péritonéale et où « le sang s'était épanché dans un espace libre entre l'ostium et l'ovaire ».

Coexistant avec l'hémorragie ovarienne, on trouve parfois de la dégénérescence myomateuse de l'utérus. D'ordinaire, on intervient pour un fibrome et on constate en même temps sur les ovaires la présence de kystes hématiques. La coexistence des deux lésions est assez fréquente ; elle avait frappé Pollosson A. qui inspira à ce sujet la thèse de son élève Vigneau sur les hématomes de l'ovaire. Celui-ci, au cours de l'étude de ces hématomes, parle de la possibilité de leur rup-

ture et ne signale que le cas de Scanzoni qui manque malheureusement de contrôle histologique. C. Daniel, dans un article très documenté sur l'état des annexes au cours des fibromes utérins, a trouvé sur 70 cas de fibrome avec lésions annexielles, onze fois des kystes hémorragiques de l'ovaire; et il explique cette coïncidence par la congestion pelvienne que le fibrome provoque du seul fait de sa présence. Nous avons dans notre cas personnel, trouvé avec un gros fibrome utérin, l'existence dans chaque ovaire d'un kyste hémattique volumineux, dont l'un était déjà rupturé, et dont l'autre à paroi amincie et en imminence de rupture se creva par la pression des doigts au moment de l'examen de la pièce.

Normalement, à chaque menstruation il se produit au moment de la rupture du follicule une hémorragie insignifiante. Si cette hémorragie survient en dehors du processus menstruel ou que sa quantité soit anormale, elle tombe dans le domaine de la pathologie. Avant de se faire jour dans la cavité péritonéale, le sang s'était préalablement épanché dans l'ovaire soit en plein tissu ovarien, soit à l'intérieur d'une cavité kystique préexistante, dont il accroît brusquement le volume, distend les parois, jusqu'à ce que celles-ci, amincies, cèdent à la pression intra-kystique et laissent évacuer leur contenu à l'extérieur.

L'hémorragie à l'intérieur du stroma de l'ovaire, l'hémorragie interstitielle, constitue à proprement parler l'apoplexie ovarienne. A la coupe le tissu ovarien est de couleur brun rougeâtre, de consistance molle, ne rappelant plus que de très loin la structure

normale de la glande, devenu en tout point comparable à la pulpe splénique, à une éponge gorgée de sang. L'abondance de l'hémorragie interstitielle peut être telle qu'elle fait éclater la capsule d'enveloppe, et dans le cas de Depage l'ovaire était déchiré, « ouvert sur toute son étendue, absolument comme s'il avait éclaté en deux valves ».

A l'examen microscopique on constate que les capillaires sont dilatés, flexueux, quelques-uns même ouverts du fait de l'hyperhémie active, et ayant donné issue aux éléments du sang, qui sous pression se sont infiltrés entre les cellules du stroma ovarien, modifiant à tel point son aspect qu'il est difficile de le reconnaître. A un examen approfondi, on trouve toujours en quelque point quelques follicules arrivant à maturité ou en voie de régression.

C'est au pourtour de ces follicules que les phénomènes vasculaires sont au maximum ; il existe autour de chaque kyste folliculaire une sorte de ceinture vasculaire, dont quelques capillaires rompus ont laissé les éléments sanguins se répandre de proche en proche dans tout le tissu ambiant. D'autres éléments par le même mécanisme se sont épanchés dans la paroi des kystes et dans leur intérieur, et on comprend aisément de la sorte qu'il est difficile de séparer le kyste du tissu hémorragique, où il se trouve plongé.

Dans les cas signalés par Gottschalk, par Marckwald, Cornil, De Rouville, ce dernier avec rupture et hématocele consécutive, le tissu ovarien prend en quelque sorte un aspect caverneux. Au lieu de simples capillaires dilatés, on a « de nombreuses cavités vasculaires

dilatées, à paroi mince, gorgées de sang, dans un substratum d'aspect embryonnaire parsemé de vaisseaux à type artériel, entourés également d'une zone embryonnaire infiltrée de sang ». On comprend aisément que si, pour une raison quelconque, la barrière opposée par l'enveloppe de l'ovaire vient à céder, une hémorragie, provenant d'un pareil tissu caverneux, produise dans la cavité péronéale des accidents de la plus grande gravité.

La rupture se produira le plus souvent au niveau du point faible constitué par une cavité kystique ; le sang sous pression s'épanche à l'intérieur de celle-ci, constitue le kyste hématique de l'ovaire. Ce kyste sanguin peut se résorber, tout au moins rester stationnaire, ou au contraire s'accroître jusqu'à ce qu'il éclate et se vide à l'extérieur.

Les hématomes de l'ovaire sont de deux sortes, suivant qu'ils se produisent dans un kyste folliculaire ou dans la cavité d'un corps jaune. Les follicules ne contiennent généralement que du liquide clair ; ils se rompent en ne donnant qu'un suintement sanguin insignifiant. Par suite d'anomalie de la ponte, il y a parfois hémorragie véritable soit au moment de la rupture du follicule, soit avant ou après celle-ci. Avant la rupture du follicule nous avons formation d'hématomes folliculaires ; après la rupture, l'hémorragie se produit à l'intérieur du corps jaune, elle donne les hématomes du *corpus luteum*.

L'hémorragie intra-folliculaire est, pour Potier, « le résultat de la déviation fonctionnelle de l'organe ; il y a perversion par exagération de quantité de l'hémorragie

qui normalement se développe dans le follicule de De Graaf mûri à chaque période menstruelle ».

Il n'est pas nécessaire d'invoquer en sa faveur une altération antérieure de l'ovaire, il s'agit à proprement parler d'hématome primitif, et les constatations cliniques sont en faveur de cette opinion, car on les voit survenir chez de jeunes femmes en pleine activité sexuelle et en l'absence de toute tare pathologique. On peut se demander tout de même s'il y a une raison anatomique expliquant l'abondance de l'hémorragie et pourquoi le follicule siège de l'hémorragie ne fait pas sa migration comme un follicule normal arrivé à maturité. Potier en trouve l'origine dans les troubles circulatoires résultant d'une excitation génésique exagérée, et également dans le traumatisme local provoqué par le coït. D'autre part l'absence de rupture du follicule, au moment du suintement sanguin qui le distend, s'explique par l'épaississement de l'albuginée, qui forme une enveloppe résistante, qui ne cédera que lorsque du fait d'hémorragies successives la pression intra-kystique l'emportera sur sa résistance. Le plus souvent l'ovule meurt, le sang épanché se résorbe, d'autres fois l'augmentation de volume du kyste se fait progressivement. Pour Bœckel, l'accroissement de ces kystes hématiques se ferait chaque mois par une sorte de pont intra-kystique, par ouverture à son intérieur du contenu des follicules des menstruations suivantes, c'est ce qu'il appelait les « kystes ménorragiques », susceptibles d'accroissement à chaque période menstruelle.

Bien plus fréquemment, et les constatations ma-

croscopiques nous l'ont déjà montré, l'hémorragie se produit à l'intérieur d'un ovaire déjà malade, « dans un follicule ayant déjà subi la dégénérescence scléro-kystique et affranchi par conséquent de tout rapport de fonctions avec ses congénères » (Maurange). L'hémorragie survient à titre d'accident dans l'évolution de l'ovarite scléro-kystique. Cette distinction anatomique doit avoir sa répercussion dans le domaine de la clinique : aux hémorragies survenant dans des kystes déjà altérés, doivent correspondre les cas à début brusque, accidentels et uniques ; aux hémorragies des kystes hématiques primitifs doivent se rattacher ces hématocèles évoluant par poussées successives.

L'épaisseur des parois des kystes folliculaires est en quelque sorte inverse de leur volume : à petit hématome correspond une paroi épaisse, à gros hématome une paroi amincie et distendue. Cette paroi se compose d'un épithélium et de deux tuniques. L'épithélium, qui revêt la surface interne, est formé d'une ou de plusieurs assises de cellules cylindriques, parfois plus aplaties, rappelant un endothélium ; il est partout continu. La tunique interne est lâche, riche en vaisseaux capillaires gorgés de sang, avec souvent des hémorragies diffuses dans ce tissu conjonctif lâche. La tunique externe est fibreuse, rigide ; c'est elle qui s'oppose à la distension. Dans le cas d'hématome très volumineux occupant tout le tissu de l'ovaire, la paroi atteindra une minceur extraordinaire, réduite à une simple couche épithéliale doublée d'une fine enveloppe formée de tissu conjonctif fibrillaire ; on peut apercevoir la lumière de

quelques vaisseaux éparpillés, mais il n'y a plus trace de tissu ovarien proprement dit.

Le sang épanché à l'intérieur d'un follicule à déhiscence normale disparaît bientôt en raison du pouvoir de résorption dévolu aux cellules de sa surface interne qui se chargent de pigments sanguins; le follicule prend le nom de corps jaune. Si pour une cause pathologique la résorption n'a pas lieu et que l'hémorragie continue et se constitue en cavité close, un kyste hématique du corps jaune se trouve constitué. Ces hémorragies étaient déjà mentionnées par Robin en 1856, Doleris et Petit les décrivent ensuite et Rollin dit dans sa thèse : « Les corps jaunes eux aussi peuvent être le siège d'épanchements sanguins... Cette vérité ne semble pas mériter grande importance au point de vue chirurgical. » Tel n'est pas l'avis de Pilliet qui, en 1893, dans une série de mémoires et de présentations à la Société anatomique de Paris, établit que l'hémorragie est bien en effet développée à l'intérieur d'un corps jaune, l'ovaire est alors scléro-kystique, cette lésion amène l'hémorragie et que, de plus, ces kystes ont leur importance chirurgicale.

Il présente un cas de kyste volumineux opéré en imminence de rupture, car pendant la libération des adhérences qui l'englobaient, il se rompit et donna un épanchement sanguinolent abondant dans le pelvis. Pilliet ne cite pas de cas de rupture spontanée. De Rouville a trouvé pour toute lésion, au cours de trois laparotomies, un kyste hématique du corps jaune du volume d'une grosse noix, saillant à la surface de l'ovaire, en imminence de rupture, et il s'étonne que

cette lésion ne soit pas plus souvent invoquée comme cause des hématocèles. Dans les deux observations de W. Hind et de Engström on put histologiquement attribuer à la déchirure d'un kyste hématique du *corpus luteum*, l'origine d'une hématocèle pelvienne.

On trouve dans les antécédents des malades presque toujours des poussées de pelvi-péritonite localisées autour des annexes malades, dont la vérification se fait au cours de l'opération par la présence d'adhérences réunissant ensemble la trompe et l'ovaire, les reliant aux parois de la cavité pelvienne et rendant leur libération difficile. L'ovaire présente à la coupe les caractères propres de l'ovarite scléro-kystique, c'est-à-dire sclérose du stroma avec bandes de sclérose séparant de petites cavités kystiques à contenu clair, caractéristique de cette affection, et d'autres kystes à contenu sanguin développés aux dépens des corps jaunes.

Les kystes des corps jaunes sont macroscopiquement reconnaissables à l'épaisseur de leur paroi, bien supérieure à celle des kystes folliculaires; de plus, « la membrane plissée, si spéciale des corps jaunes, résiste aux hémorragies successives et fournit une indication précieuse pour reconnaître cette variété ». (Vigneau.) Seul l'examen microscopique permet d'affirmer leur origine.

Sur une coupe, on trouve à la périphérie une tunique épaisse fibreuse, recouverte sur sa surface interne d'une couche épithéliale sur laquelle sont encore adhérents quelques globules sanguins, résidu de l'hémorragie qui a constitué leur contenu.

L'épithélium est formé par les cellules de l'ovariule, disposées en couches assez épaisses, si bien que par sa hauteur il rappelle l'épithélium vésical et surtout la caduque utérine. « De forme le plus souvent cylindrique, parfois cubique, cet épithélium présente en certains points les mêmes caractères que l'épithélium plat » (C. Daniel.) L'épithélium n'est pas constant, quelques kystes en sont partiellement dépourvus, et on trouve à la place une couche de fibrine fortement adhérente à la tunique celluleuse.

« La membrane de revêtement, située sous l'épithélium est plus ou moins plissée, elle offre par places une structure papillaire, et permet d'apercevoir nettement des cellules pigmentées, séparées les unes des autres par un réseau assez développé de capillaires gorgés de sang » (Vigneau).

La tunique externe adhère fortement à la précédente, elle est résistante, fibreuse, riche en vaisseaux sanguins ; par sa face externe, elle entre en contact avec le stroma ovarien, qu'elle refoule peu à peu, au fur et à mesure que le kyste se développe.

Sur les grands kystes, Pilliet a décrit une lésion spéciale, c'est le décollement de la membrane du corps jaune. Cette membrane est rarement tout à fait déplissée, elle dessine des festons, forme des cryptes, même quand la poche est très étendue. On rencontre souvent une dilatation excessivement marquée des vaisseaux qui la doublent. Ce réseau ne forme plus qu'une nappe sanguine composée de capillaires très dilatés, venus au contact les uns des autres, et même d'infiltration à même le tissu ovarien. Il s'ensuit que sur beaucoup de points

la membrane formée par l'ovariule flotte entre deux épanchements de sang.

OBSERVATION I

(Depage, *Soc. Belge de Chirurgie*, 19 mars 1898.)

Rupture de l'ovaire. — Hémorragie intra-péritonéale. —
Laparotomie. — Guérison.

L'auteur est appelé d'urgence auprès d'une jeune fille qui, depuis deux ou trois jours, présentait des symptômes de péritonisme aigu que l'on avait attribués à une perforation brusque de l'appendice. La patiente se trouvait dans un état de collapsus extrême, elle était profondément anémiée, couverte de sueurs froides ; elle avait le facies grippé, sa température était au-dessous de la normale ; son pouls, faible, rapide, filant, ne pouvait se compter. Le ventre était ballonné et contenait une grande quantité de liquide ; dans le flanc droit, on percevait une résistance plus forte que dans le reste de l'abdomen. Les phénomènes avaient débuté d'une façon subite, deux ou trois jours auparavant, par une douleur aiguë dans le côté droit. La jeune fille, d'ailleurs, était vierge, et cette constatation avait plutôt fait songer à une appendicite.

Anesthésie au chloroforme, excision de Roux ; un flot de sang fait irruption à l'ouverture de la cavité abdominale. Ce sang semblait venir d'en haut, du côté du foie ; il était liquide, d'aspect veineux, et la persistance de l'écoulement fit croire, un moment, à la rupture d'une veine de la région hépatique. On agrandit l'incision jusqu'au niveau du bord inférieur du foie ; on explore le foie sur toute sa surface, sans constater rien d'anormal ; de même l'estomac ne présente aucune altération. Eviscération complète, mise à découvert du bassin, qui est rempli par un volumineux caillot sanguin. On introduit la main dans cette masse, et

on constate la présence d'un corps dur, qui n'était autre que l'ovaire. Ablation de cet organe. On fait alors la toilette du péritoine, on débarrasse le bassin de tous ses caillots sanguins. Suture de la paroi.

L'ovaire avait trois ou quatre fois le volume d'un ovaire normal ; on n'y reconnaissait plus l'aspect de la glande, tant l'hémorragie interstitielle avait désorganisé son tissu ; il était ouvert sur toute son étendue, absolument comme s'il avait éclaté en deux valves.

A l'examen microscopique, on y constata une sclérose manifeste, une infiltration sanguine abondante et, par places, des follicules plus ou moins atrophiés.

Suites opératoires excellentes ; amélioration même de la dysménorrhée, l'ablation de l'ovaire semble avoir exercé une influence favorable.

OBSERVATION II

(Gabriel, *Archiv für Gynäk.*, 1901, Bd. 64, H. 2.)

De l'hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne.

Jeune femme de vingt-quatre ans, toujours bien réglée, ayant été soignée, il y a un an, pour une blennorragie avec exsudat paramétrique ; a vu dernièrement une hémorragie abondante se produire, après un retard de six jours de son époque menstruelle. L'hémorragie ne s'arrêtant pas, les douleurs étant de plus en plus fortes et la malade perdant tout le temps connaissance, on la transporte à la clinique. Elle est complètement exsangue, se plaint de douleurs dans le ventre, qui est ballonné et tympanisé. La température est de 38°2. Le cul-de-sac vaginal postérieur est rempli par une masse fluctuante, l'utérus n'est pas augmenté de volume. On trouve, au niveau de l'ovaire gauche, une grosseur du volume d'un œuf de poule, mobile, très douloureuse au toucher. A droite, il existe également une tumeur, mais

plus petite. Le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine, consécutive à une grossesse ectopique, est posé.

On fait une incision du cul-de-sac postérieur et il s'écoule une grande quantité de sang coagulé et liquide ne contenant aucune trace de fœtus ou d'œuf. On pratique alors la colpotomie antérieure; les annexes gauches sont attirées et on constate, sur l'ovaire augmenté de volume, une cavité du volume d'une cerise remplie de caillots sanguins et d'où s'écoule du sang goutte à goutte. On fait l'extirpation de la trompe et de l'ovaire gauche. A droite, les annexes sont englobées dans des adhérences; à une tentative de libération, la trompe se déchire et laisse écouler du pus. On termine alors l'opération par l'hystérectomie totale.

On trouve, à l'examen des pièces, dans l'ovaire gauche, à côté de la cavité ouverte mentionnée plus haut, un autre follicule très développé, de structure normale et prêt à se rompre. Il n'existe nulle part des cellules déciduales, ni des villosités choriales.

Bien que l'examen anatomique ne permette pas d'exclure avec certitude une grossesse ovarienne, il semble plus probable, cependant, qu'il s'agit là d'une rupture d'un follicule normal ayant déterminé l'hémorragie. En faveur de cette hypothèse militent : 1° l'absence des formations déciduales et choriales; 2° le développement considérable du follicule avoisinant la petite cavité.

OBSERVATION III

(Bürger, *Centralblatt für Gyn.*, 1903.

Gebürts. gynäk. Gesell. in Wien. Séance du 30 juin 1903.)

Hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité péritonéale et inondation péritonéale.

La malade avait été prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de tous les signes d'une hémorragie interne (pouls rapide, très faible; muqueuses décolorées; ventre ballonné douloureux, avec de la

matité dans les parties déclives). L'utérus était refoulé contre la symphyse par une masse dure, difficile à délimiter. Laparotomie d'urgence. Guérison. Le péritoine ouvert, il s'écoule une énorme quantité de sang liquide et l'on dut extraire ensuite de gros caillots. On reconnut que les annexes gauches avaient été le point de départ de l'hémorragie et on les enleva.

Examen de pièces : trompe saine. L'ovaire, du volume d'un œuf de poule, présentait à l'une de ses extrémités une déchirure large et irrégulière, donnant accès dans une cavité qui occupait la presque totalité de l'organe. A côté de ce kyste principal, existait un kyste folliculaire plus petit, à contenu également hémorragique. L'examen histologique montra qu'il n'existait pas trace d'éléments fœtaux dans la paroi du kyste. Il est donc probable qu'il s'agit simplement d'une hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION IV

(Eberhardt, 31 mai 1892, *Centralb. f. Gyn.*)

Un cas d'ovarite hémorragique, périovarite et périsalpingite, avec hématome de l'ovaire.

Femme de trente-trois ans, anémiée et amaigrie; réglée à seize ans. Au début, assez régulièrement; interruption de cinq mois à dix-sept ans, régulièrement depuis; règles durent trois ou quatre jours, peu abondantes. III^e pare en septembre 1891. Arrêt, puis apparition des règles en janvier, abondantes, durent huit jours, et ont été ensuite très régulières. Leucorrhée, douleurs à la miction. Depuis son dernier accouchement, amaigrissement de 50 livres. Le 20 mai, on ne constate rien d'anormal, pas de purpura, examen somatique négatif, pas d'albumine. Utérus antéfléchi de volume moyen, à droite, annexes normales, à gauche elles paraissaient malades. L'ovaire, de ce côté abaissé, est gros comme un œuf de poule, peu mobilisable, de consistance

élastique; il est possible, à travers la paroi abdominale amincie, de sentir la terminaison de la trompe qui est épaissie, annexes peu douloureuses. A cause du rapide amaigrissement et des anamnestiques, on diagnostique un abcès de l'ovaire et propose une intervention.

31 mai. — Laparotomie médiane. Libération d'adhérences dans le petit bassin. L'ovaire, enveloppé dans des pseudo-membranes, se laisse attirer difficilement, mais peu à peu; la trompe est enlevée avec lui et sectionnée près de l'utérus, drainage. Au quatrième jour, on enlève le drain, suintement hémorragique. Signes de réaction péritonéale. Incision du Douglas, issue de liquide séro-sanguinolent. Guérison.

Examen de la pièce. La tumeur, qui est grosse comme un œuf de poule, permet de distinguer nettement l'ovaire de la trompe qui lui est réunie par des pseudo-membranes. Lésions de salpingite catarrhale, lumière perméable, ostium ouvert. Les néomembranes ont empêché que l'hémorragie de l'ovaire ne se répande dans le péritoine; le sang *était épanché dans un espace libre entre l'ostium et l'ovaire*. L'ovaire est augmenté de volume par l'hémorragie intra-parenchymateuse, plusieurs follicules sont pleins de sang; l'hémorragie parenchymateuse a son origine dans le hile de l'ovaire.

On aurait pu penser à une grossesse tubaire, mais les recherches anatomiques et microscopiques ont été négatives.

OBSERVATION V

(Maurange, *Archiv. de Gyn.*, 1893, t. II, p. 38.)

Ovaire polykystiques. — Apoplexie intra-kystique droite. Rupture de la poche. — Hématocèle rétro-latéro-utérine. — Laparotomie. — Guérison.

M. D..., vingt-neuf ans. Sans antécédents héréditaires. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement jusqu'en mai 1889, où elle est devenue enceinte. Accouchement normal

le 18 février 1890. Pas de suites immédiatement constatées.

En février 1891, métrite légère du col.

La même année, le 21 août, après un retard constaté de trois semaines, tranchées utérines violentes, péritonisme. Fausse couche probable.

29 octobre. — Examen au spéculum. Je constate de l'endométrite; les annexes paraissent à peine touchées; néanmoins, le côté droit est légèrement sensible à la pression et, malgré la difficulté de l'exploration, je trouve la trompe du même côté un peu épaissie et augmentée de volume.

8 mars au matin. — Subitement, apparaissent des symptômes de pelvi-péritonite, marquée surtout à droite, avec ballonnement considérable du ventre, vomissements, état syncopal. Le flanc droit paraît rempli par une tumeur, du volume d'une tête fœtale et très douloureux à la palpation.

Examen sous le chloroforme, le 10 mai, par le D^r Pozzi et moi.

On propose la laparotomie, et la malade consent à l'opération, qui est pratiquée le 18 par M. Pozzi.

A l'ouverture du ventre, le chirurgien introduit la main dans la région iliaque droite où siège la tumeur. Il détache avec précaution les anses intestinales qui adhèrent à la surface d'une poche formée de néo-membranes. Puis il tombe immédiatement dans un foyer hémorragique, limité artificiellement en haut par la masse intestinale, latéralement par les parois pelviennes, en bas, par le cul-de-sac de Douglas, en avant, par le ligament large. Des caillots noirs sont extraits avec la main; on peut évaluer leur quantité à un demi-litre. La poche vidée, on va à la recherche des annexes et l'on constate que la trompe est épaissie, et que l'ovaire, très développé, présente à peu près le volume du poing. Ces organes sont liés par une ligature croisée et enlevés. On peut se rendre alors un compte exact des lésions.

La trompe, dont le pavillon est oblitéré, montre tous

les signes de la salpingite parenchymateuse. L'ovaire est tout à fait transformé par la présence de plusieurs kystes folliculaires, dont l'un, de la grosseur d'une belle amande à contenu séreux, occupe la presque totalité de ce qui reste de l'ovaire.

Mais la plus grande partie de celui-ci est représentée par une coque épaisse et largement rompue, remplie de caillots sanguins. Il s'agit là d'un kyste folliculaire volumineux, gros comme un œuf de pigeon, ayant été le siège d'une apoplexie, laquelle, rompue à son tour, a occasionné une hématocele rétro-latéro-utérine.

Les annexes du côté gauche sont recherchées et extraites. La trompe est soudée à l'ovaire qu'elle embrasse comme l'épididyme le fait du testicule. Le pavillon est oblitéré et l'organe offre aussi les lésions de la salpingite parenchymateuse. L'ovaire est très dur, bosselé, scléro-kystique. Enfin, dans l'aileron de la trompe existe un petit kyste séreux du volume d'un haricot.

Lavage du péritoine. Drainage (Mickulicz). Suites opératoires simples.

La malade quitte la maison de santé complètement guérie, vingt-trois jours après l'opération.

OBSERVATION VI

(Bender et Marcille, *Tribune médicale*, 1904 20 août.)

Inondation péritonéale due à la rupture
d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire.

X..., âgée de vingt-six ans, entre le 8 juin 1904 dans le Service de M. le professeur Tillaux; elle présente des signes cliniques tels que l'on porte d'emblée le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Le visage est d'une pâleur extrême; les lèvres sont décolorées; la malade a des bourdonnements d'oreilles, elle est considérablement affaiblie et se trouve dans un état presque syncopal. Le pouls est à peine perceptible et fuit

presque sous le doigt : il est rapide et bat à 150 pulsations à la minute.

Les symptômes locaux sont tout aussi caractéristiques. La malade éprouve dans tout l'abdomen une douleur vague, diffuse, s'étendant jusque sous les fausses côtes. Le ventre est légèrement ballonné, douloureux à la pression; il existe de la matité dans les parties déclives, de la sonorité au niveau de la région ombilicale. Le toucher vaginal montre l'utérus en situation normale; l'exploration attentive des culs-de-sac révèle un léger empatement du côté gauche; la trompe paraît augmentée de volume. Température : 39°5.

Tous ces signes évoquaient naturellement l'idée d'une grossesse tubaire rompue, et les commémoratifs semblaient confirmer cette manière de voir. La malade raconte, en effet, qu'elle a eu, il y a trois mois, un retard de règles de quelques jours, puis les règles ont reparu, mais depuis cette époque elles ont été beaucoup plus abondantes et sont compliquées de métrorragies intermédiaires. Le début des accidents actuels remonte à trente-six heures.

Opération. — Laparotomie d'urgence. Le péritoine ouvert, on constate qu'il s'agit bien d'une inondation péritonéale; l'épanchement sanguin est considérable, environ 1 litre et demi. L'hémorragie paraît arrêtée; il existe du côté gauche un caillot du volume de deux poings, situé au-dessus du ligament large et se prolongeant en arrière de ce ligament. Le caillot étant enlevé, on voit les annexes augmentées de volume et congestionnées; elles sont extirpées. Les annexes droites sont absolument saines. Les parois de la cavité pelvienne sont normales. L'opération est rapidement terminée et les suites opératoires sont des plus simples.

Examen des pièces. — L'examen des pièces nous réservait une surprise. Nous nous attendions à trouver une grossesse tubaire rompue. Or, la trompe ne présentait pas de modifications. Quelques franges du pavillon étaient

adhérentes à l'ovaire, mais l'orifice abdominal était libre et perméable, le calibre de la trompe était régulier dans toute son étendue, et, après incision, la muqueuse fut trouvée complètement saine.

Entre la trompe et l'ovaire existait une dépression assez profonde, sorte de fossette péritonéale, qui était occupée par un prolongement du caillot enlevé au cours de l'opération. Le péritoine qui tapissait la surface de cette poche était absolument lisse et uni; il était impossible de la considérer comme représentant les débris d'un kyste fœtal. Il fallait donc chercher ailleurs le point de départ de l'hémorragie.

Nous l'avons trouvé au niveau de l'ovaire. Il existait, en effet, à la partie supérieure de celui-ci, au voisinage de son extrémité externe, un petit kyste à parois très minces, à contenu hématique, gros comme une noisette, et qui présentait une déchirure assez large. Par cette déchirure, il fut possible d'extraire un caillot retractoré et lobulé qui n'adhérait en aucun point aux parois du kyste. Le tissu ovarien, à la périphérie du point d'implantation de ce kyste, était le siège d'une infiltration sanguine accentuée. L'ovaire était légèrement augmenté de volume et contenait un certain nombre de kystes.

Il existait évidemment une grande disproportion entre les lésions de l'ovaire et l'abondance de l'hémorragie qui en était résultée. Mais comme, au cours de l'opération, et malgré une exploration soigneuse, nous n'avons rien trouvé qui pût nous expliquer la genèse de l'inondation péritonéale, nous fûmes conduit, nécessairement et par exclusion, à l'attribuer à la rupture de ce petit kyste ovarien.

Examen microscopique. — Coupes sérieées portant sur le caillot sanguin et sur toute l'étendue de l'ovaire.

Le caillot nous apparut formé par un réticulum fibrineux enserrant dans ses mailles des globules rouges, globules blancs et amas de pigments sanguins. A la périphérie du

caillot étaient restées adhérentes des cellules arrondies ou polyédriques qu'il était facile de reconnaître comme étant des cellules de la granulosa d'un follicule ovarien. La plupart de ces cellules étaient tuméfiées, augmentées de volume.

Les coupes de l'ovaire nous ont montré des lésions absolument identiques au niveau des divers points considérés. Il était assez difficile de reconnaître avec précision les limites du kyste rompu, car, au niveau de son point d'implantation, le parenchyme ovarien était le siège d'une infiltration sanguine extrême. Cependant, en étudiant un certain nombre de coupes voisines, il fut possible de se rendre compte que la paroi du kyste était formée par une sorte de membrane fibreuse, dense, contenant des vaisseaux sanguins nombreux et très dilatés. Cette couche se continuait sans ligne de démarcation avec le stroma conjonctif de l'ovaire dont elle n'était qu'une condensation; en de nombreux points les faisceaux conjonctifs étaient complètement dissociés par le sang extravasé. La surface externe du kyste était, dans la plus grande partie de son étendue, dépourvue de tout revêtement épithélial et recouverte de placards de fibrine; mais en certains points particulièrement favorables, on retrouvait des débris d'une couche épithéliale formée par des cellules cubiques, à noyau fortement coloré, disposées en trois ou quatre assises. C'étaient des cellules de la granulosa folliculaire, et cela nous permettait d'affirmer que l'hémorragie s'était faite dans un follicule kystique. On retrouvait, d'ailleurs, à la surface extérieure de ce kyste, un revêtement de cellules cubiques, plus ou moins aplaties qui se continuaient avec l'épithélium superficiel de l'ovaire. Ceci montrait bien que le kyste s'était développé dans l'épaisseur de l'ovaire et s'était ensuite partiellement énucléé.

L'ovaire contenait un certain nombre de kystes de dimensions variables. La plupart de ces kystes étaient des kystes folliculaires. Tous ceux qui avoisinaient le kyste

hématique rompu étaient remplis de sang et très distendus. On trouvait, par ailleurs, un assez grand nombre de follicules en voie de maturation et quelques corps jaunes à un stade de régression plus ou moins avancé.

En somme, nulle part de villosités choriales; il s'agit bien d'un kyste folliculaire hémorragique que l'hémorragie a tout d'abord distendu et qui s'est rupturé ensuite.

OBSERVATION VII

(Jayle, *Soc. de Chir.*, Paris 27 janvier 1909.)

De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

Mlle X..., quarante-deux ans, vierge. Régulée vers quatorze ou quinze ans. Règles régulières, très abondantes, douloureuses, jusque vers l'âge de trente-trois ans, durant sept jours. Jamais de pertes blanches.

Les douleurs, en dehors des règles, ont débuté en octobre 1907. Le malade a ses règles le 13 octobre après un voyage et il reste à la suite une sensation de pesanteur qui disparut au bout de quelques jours. En même temps la malade se trouve très faible et ne peut marcher que courbée. Tous les phénomènes disparaissent au bout de huit jours jusqu'à l'apparition des règles suivantes, en novembre, qui viennent comme d'ordinaire. A la suite de ces règles, la malade souffre encore pendant huit jours, puis elle est de nouveau bien pendant quinze jours. Le 4 décembre, les règles viennent avec six jours d'avance, cette fois moins douloureuses, aussi abondantes et durant sept jours. La malade reste fatiguée les huit jours qui suivent, et vers le 10 ou 12 décembre elle vomit toute une journée. Le 6 janvier les règles reparaissent. Le troisième jour en revenant des water-closets, la malade est prise de fortes douleurs abdominales en même temps que d'étourdissements et elle n'a pas la force de se déshabiller. Depuis ce moment les douleurs n'ont plus disparu. Les souffrances ont été très grandes jusqu'à la fin des règles et ont persisté après. Les douleurs

siègent dans les cuisses, les reins, dans tout l'hypogastre, particulièrement au milieu et à gauche. A droite aucune douleur. Vers le 9 janvier, il y a eu quelques vomissements. Au moment où les douleurs étaient le plus fortes, les mictions étaient également douloureuses. La malade était constipée depuis octobre. Les premiers jours des règles, elle ne pouvait aller à la selle; le quatrième ou le cinquième jour elle avait une évacuation et en même temps les douleurs de ventre commençaient très vives. Il est probable que la contraction intestinale était provoquée par le début de l'hémorragie intra-pelvienne.

L'état général de la malade est médiocre, la malade très maigre, très anémiée, ne peut se tenir debout sans se plier en deux.

Examen physique. — L'examen est rendu difficile par suite de la présence de l'hymen qui est un peu sclérosé et dont l'orifice est étroit; cependant on arrive à sentir que tout le pelvis est occupé par une masse qui fait corps avec le col et qu'on suppose être l'utérus volumineux, contenant sans doute un fibrome flanqué à droite et à gauche de masses annexielles, le tout compliqué de péritonite.

Opération le 19 janvier 1908. — Anesthésie à l'éther. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on voit que les anses grêles adhèrent au péritoine sus-pubien. En les reclinant avec le doigt, on détache des fausses membranes, et il s'écoule un peu de liquide qu'on recueille aussitôt sur des compresses. Avant d'aller plus loin, on protège avec le plus grand soin tout le haut de la cavité péritonéale, et on place l'écarteur mécanique, on détache les anses intestinales, et l'aspect du pelvis rappelle tout aussitôt celui de la grossesse extra-utérine avec hématocele. Au cours de cette libération, très rapidement, on ouvre un grand foyer sanguin. La quantité de sang est évaluée à près de trois quarts de litre. Le sang est noir et poisseux. A la surface de la poche et en haut se trouvent quelque traînées de fibrine que tout d'abord on avait pris pour des traînées purulentes.

Peu à peu, au fur et à mesure qu'on se débarrasse du contenu de l'hématocèle, on finit par reconnaître l'appareil utéro-annexiel; l'utérus est gros du double volume qu'il devrait avoir chez une femme vierge. On cherche s'il n'existe pas une grossesse extra-utérine droite; la trompe est prolabée et perdue dans le liquide d'hématocèle; on la libère et on l'enlève; on s'aperçoit alors que l'ovaire est en place et ne présente aucune lésion. La trompe enlevée n'est d'ailleurs que fortement congestionnée et un peu épaissie, son extrémité est libre, d'apparence saine. On cherche alors à gauche; on enlève encore du sang et on trouve les annexes qui paraissent bien être l'origine de l'hémorragie, car l'épanchement est plus abondant de ce côté et qu'en outre les annexes sont le siège, même pendant l'opération, d'une petite hémorragie. On pense trouver à leur niveau une grossesse tubaire mais on ne voit aucune lésion de ce genre; la trompe présente les mêmes caractères que de l'autre côté, mais l'ovaire contient deux petits kystes rupturés et dont l'un, noirâtre, laisse suinter du sang. Ces annexes sont enlevées.

La question se pose alors de l'hystérectomie; mais comme l'intervention a déjà duré près de cinquante minutes, que l'opérée est très faible, qu'il existe une circulation pelvienne très développée, que la malade étant vierge et l'hymen assez serré, la désinfection vaginale ne sera pas facile, on se décide à pratiquer l'hystéropexie par quatre points au catgut, unissant les parties antéro-latérales de l'utérus au péritoine pariétal. Il reste donc l'utérus avec l'ovaire droit. L'hémostase parfaite est impossible, tout le pelvis étant dénudé et suintant. On place un grand drain allant jusqu'au fond du Douglas et quatre mèches. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires : bonnes sauf un peu d'anurie le deuxième jour. Guérison au bout d'un mois.

Examen des pièces par M. Latteux, chef du laboratoire de M. le professeur Pozzi.

1° *Trompes*. — Les deux trompes minutieusement exami-

nées ne présentent aucun renflement ; elles sont perméables au niveau du pavillon ; elles ont des dimensions normales, un peu indurées. L'examen histologique n'a rien révélé de particulier.

2° *Ovaires*. — Examen macroscopique : à son extrémité inféro-externe sont appendus deux petits kystes noirâtres qui se sont rompus en revêtant l'aspect déchiqueté de certaines carpelles au moment de la délivrance. Ces kystes contiennent encore à leur face externe une couche de sang coagulé. L'ovaire légèrement hypertrophié, étant incisé dans son petit diamètre, laisse voir une troisième cavité kystique, mais ne contenant pas de sang. Le tissu ovarique se montre à l'œil nu, parsemé d'une quantité de petits orifices, qui appartiennent à d'innombrables capillaires dilatés plus ou moins gorgés de sang. Quant à la zone centrale, on rencontre une vascularisation aussi développée que dans la région médullaire.

Examen microscopique. — Nous avons fait une coupe microkystique passant par l'axe du troisième et comprenant toute l'épaisseur de l'ovaire.

La couche corticale, à peu près normale dans la majeure partie de son étendue, présente au pourtour des kystes hémorragiques une modification particulière. Les cellules sont augmentées de volume et le noyau est arrondi, au lieu d'offrir son aspect normal filiforme. En un mot, le tissu a pris une consistance moins résistante.

Mais, ce qui est surtout important à signaler, c'est la multitude de capillaires ou de petits vaisseaux hypertrophiés faisant une sorte de ceinture vasculaire qui entoure chacun des kystes hémorragiques, quelques-uns d'entre eux sont rompus et les éléments sanguins se sont répandus de proche en proche dans tout le tissu ambiant, sous forme d'infiltration. D'autres, entre les éléments, par le même mécanisme, se sont épanchés dans les deux petits kystes dont les parois, sous l'effort de la pression, se sont rompues et ont donné naissance à l'hémorragie intra-péritonéale.

Le troisième kyste ne présente pas d'hémorragie interne, mais il est plus que probable qu'il eût subi la même évolution que les premiers. On constate, en effet, qu'il était entouré d'une zone vasculaire considérable et tellement développée qu'en certains points on croirait se trouver en présence d'un tissu angiomateux. Des infiltrations sanguines s'étaient déjà produites d'ailleurs et n'auraient pas tardé à prendre un développement considérable.

En résumé, il s'agit de phénomènes hémorragiques provenant de l'hypertrophie et du développement exagéré des capillaires ovariens, dont les parois, trop faibles, n'ont pu, en se développant, supporter la pression sanguine, se sont rompues et ont donné naissance à des infiltrations sanguines plus ou moins étendues. Le sang s'est épanché dans les cavités kystiques : sous un excès de pression, les kystes ont éclaté, et le suintement continuant, il s'est développé progressivement et sans doute en plusieurs fois, correspondant aux crises douloureuses, une hématocele considérable.

Suites éloignées : Réapparition des règles le 12 juillet 1908. Nouveaux phénomènes pelviens, les règles reviennent au bout de quinze jours très douloureuses. En octobre, Jayle examine la malade et pense qu'il s'est développé d'autres kystes hématiques dans l'ovaire qu'il a laissé.

OBSERVATION VIII

De Rouville, *Revue de Gyn. et d'Obst.*, 1908, p. 222.)

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique présentant des lésions hémolympfangiomateuses.

G..., journalière, âgée de trente-trois ans, entre à la clinique gynécologique le 12 octobre 1897. Le 10 octobre, quarante-huit heures avant son entrée, à 10 heures du matin, alors qu'elle était occupée aux soins de son ménage, elle a éprouvé une douleur subite et atroce dans le bas-

ventre; elle eut, sinon une syncope, du moins un accès de faiblesse; elle se mit au lit, la douleur diminua dans l'après-midi, mais reparut très vive au milieu de la nuit avec les mêmes caractères et la même localisation. Le lendemain, tout phénomène aigu avait disparu, mais comme le ventre de la malade restait sensible à la palpation, le médecin de la malade crut devoir nous l'envoyer.

A l'examen. — Pâleur du visage, altération des traits qui sont tirés; pouls bon, un peu rapide, mais régulier et bien frappé; température à 37 degrés. A l'inspection de l'abdomen, très léger météorisme; à la palpation, un peu de sensibilité diffuse à l'hypogastre et une légère tension de la paroi à ce niveau; rien du côté de l'appendice. Le toucher vaginal ne fit que confirmer le diagnostic auquel l'interrogatoire de la malade avait déjà conduit; le col est déjeté en avant, collé au pubis, il est petit, dur et fermé, immobilisé dans sa position anormale; cul-de-sac postérieur bombe dans le vagin, refoulé par une tuméfaction de consistance inégale, fluctuante, molle, rénitente suivant les points, cette tuméfaction, légèrement sensible à la pression, augmente de tension et s'abaisse dans le vagin, quand la main hypogastrique déprime la paroi abdominale; les culs-de-sac latéraux sont libres; il est impossible de circonscrire le corps de l'utérus; on perçoit à l'hypogastre une zone indurée, médiane, remontant à un travers de doigt au-dessus de la symphyse.

On diagnostique une hématocele rétro-utérine par rupture probable de grossesse extra-utérine, et on n'intervient pas tout de suite, car aucune indication d'urgence ne commande l'intervention; pouls, température, facies, tout parle en faveur de l'arrêt actuel de l'hémorragie. Mais, dix-huit jours plus tard, un fait nouveau fournit une indication formelle d'intervention. En effet, à trois reprises différentes la malade a souffert de façon aiguë dans le bas-ventre pendant quelques heures; l'accélération du pouls, la crispation des traits coïncidèrent avec une augmentation manifeste de

la tuméfaction du Douglas. L'intervention s'imposait d'urgence et devait être pratiquée par le ventre.

Laparotomie. — On trouve un utérus haut situé, plaqué contre la paroi abdominale antérieure, d'aspect normal quoique un peu gros ; en arrière de l'utérus, une tumeur noirâtre, dépressible, recouverte par l'S iliaque dont les franges adhéraient au fond de l'utérus ; ces adhérences étaient molles et évidemment de formation récente ; elles limitaient le foyer par en haut ; on les décolle facilement au doigt, avant d'ouvrir la collection sanguine : tout le Douglas est rempli de volumineux caillots qui sont enlevés ; l'utérus reprend alors sa place normale ; l'examen attentif des annexes montre : trompes absolument saines, ovaire gauche modérément scléro-kystique ; ovaire droit un peu adhérent, il est doublé de volume et présente, saillant à sa surface, un kyste hématique folliculaire, du volume d'une amande, qui se rompt pendant les manœuvres de libération ; il s'en écoule non du sang pur, mais du liquide sanguinolent, teinté de sang ; il s'agit sans nul doute d'un kyste folliculaire hydropique dans lequel s'est faite secondairement une hémorragie ; enfin, dans la partie de l'ovaire immédiatement adjacente à ce kyste, existe une déchirure du tissu ovarien, remplie et comme oblitérée par un caillot noirâtre. On enlève l'ovaire droit et la trompe gauche dont les franges paraissent un peu épaisses et adhérentes. Drainage vaginal. Guérison parfaite.

Examen des pièces. — Dans les caillots, pas de traces d'œuf ou d'embryon. La trompe gauche est absolument saine ; pas de débris choriaux et déciduaux dans l'ovaire droit. La coupe de l'ovaire prise au niveau du point ulcéré, qui donne dans le caillot sanguin, montre : 1° Une cavité anfractueuse, qui s'enfonce profondément dans le tissu ovarien, remplie de sang et dont la paroi a subi une infiltration sanguine sur une grande épaisseur. Au delà de cette partie infiltrée, existe un tissu constitué par de très nombreuses cavités vasculaires dilatées, gorgées de sang, à

paroi mince, situées dans un substratum d'aspect embryonnaire et parsemé de vaisseaux à type artériel, entouré également d'une zone embryonnaire infiltrée de sang; sur le côté de la cavité voisine de la surface externe de l'ovaire, ce tissu télangiectasique vient se perdre dans une mince couche de tissu ovarien à peu près normal; du côté opposé, l'infiltration hémorragique, très forte, dissocie le tissu sur une assez grande profondeur et se continue avec une structure qui rappelle celle d'un lymphangiome. Un tissu fondamental, à grosses cellules anastomosées par de fins prolongements, est disposé en travées minces et en petits carrefours qui séparent des cavités irrégulières, volumineuses, arrondies ou allongées, bordées de cellules endothéliales. Ces cavités lymphatiques sont mélangées de vaisseaux sanguins très nombreux, à parois épaisses, irrégulières, bordées d'une couche de cellules embryonnaires entrant souvent en contact pour former des groupes de type angiomateux. Cette structure s'étend sur la plus grande étendue de la coupe, avec une intensité variable suivant les points. Par endroits, en dehors des cicatrices de corps jaunes, on trouve les cavités microkystiques bordées de cellules épithéliales proliférées et contenant un peu de mucus. Plusieurs de ces petits kystes, dont on suit le développement à partir des follicules ovariens, sont le siège d'une hémorragie prononcée.

« A un fort grossissement, la paroi de la cavité anfractueuse, ouverte en dehors et dissociée par l'hémorragie, est d'abord constituée par du sang seul, puis par du sang qui remplit une série de cavités séparées par des parois minces et, plus loin, par un processus hémorragique en formation dans les cavités lymphatiques et dans le tissu conjonctif interstitiel.

« Il n'est pas possible de dire quel a été le point de l'hémorragie, mais il est très incontestable que, dans une cavité kystique folliculaire entourée par un tissu angio-lymphangiomateux, il s'est produit une hémorragie qui a

ensuite envahi les cavités lymphatiques voisines et a fini par s'ouvrir en dehors,

« En somme, hémorragie intrakystique, avec rupture à l'extérieur, dans un ovaire microkystique avec lésions hémolympfangiomateuses » (M. le professeur Bosc).

OBSERVATION IX

(Violet et Alamartine, *Soc. des Sciences méd.*, 30 juin 1909.)

Volumineuse hématoçèle rétro-utérine sans grossesse tubaire.

Femme de trente-quatre ans, III pare, pas de fausse couche. Réglée à quinze ans, toujours régulièrement. En février 1909, sans aucun retard de règles, la malade, quinze jours après la fin de ses règles, fut prise très brusquement d'une vive douleur dans le bas-ventre s'accompagnant de coliques, de vomissements verdâtres, avec constipation et météorisme. Cette crise dura trois jours, pendant lesquels la malade garda le lit. Au bout d'une semaine, elle reprit ses occupations, mais elle continua de souffrir; quinze jours plus tard, les règles revinrent normalement. Un médecin toucha la malade et fit le diagnostic de fibrome. Nouvelle crise analogue à la première quinze jours avant son entrée à la Clinique de la Charité.

On constate à son entrée : Utérus très refoulé en avant et à droite; le Douglas, le cul-de-sac latéral gauche et une partie du droit sont occupés par une grosse masse fluctuante modérément tendue, un peu douloureuse et immobile. Pas de pertes blanches ni rouges. Pas de vascularisation anormale au niveau des culs-de-sac vaginaux ou de l'utérus. Pas de modifications des seins. Diagnostic probable : kyste de l'ovaire prolabé dans le Douglas et tordu.

Intervention le 26 mai 1909 (M. Gayet). On trouve une volumineuse hématoçèle rétro-utérine enkystée dans une poche à parois épaisses. On enlève une pleine cuvette de caillots déjà en partie organisés, puis on décortique la membrane d'enveloppe. Les deux trompes sont petites,

nullement congestionnées, paraissant absolument saines, avec pavillon ouvert, et l'on ne peut croire qu'une grossesse ait pu siéger dans l'une ou l'autre. L'ovaire droit est kystique, du volume d'une petite orange; on l'enlève avec la trompe du même côté. L'utérus et les annexes gauches sont sains; on les laisse en place. Suture de l'abdomen sans drainage. Suites opératoires simples. Guérison.

Examen des pièces. — Ni au niveau des parois de la poche, ni dans les caillots sanguins il n'a été possible de déceler des débris placentaires malgré des examens histologiques répétés. La trompe est absolument saine, aussi bien comme aspect macroscopique que microscopique. L'ovaire est, en définitive, atteint de dégénérescence scléro-kystique; il est farci de petits kystes séreux. Deux de ces kystes ont atteint un volume plus considérable: l'un les dimensions d'une noix, l'autre celles d'une mandarine. Le plus petit des deux aurait un contenu légèrement hématique, mais sur une coupe de sa paroi on n'a vu aucun débris placentaire.

OBSERVATION X (personnelle).

Fibrome utérin avec hématocele pelvienne légère
due à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

S. A..., trente ans, entre le 14 mars 1907, à la Charité dans le service de notre maître, M. Albertin, pour des accidents abdominaux douloureux.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, toutefois depuis deux ou trois mois, les règles sont plus abondantes, et au bout de huit jours s'accompagnent d'un léger suintement sanguin de courte durée. Jamais d'interruption de règles, les dernières règles datent de quinze jours et furent normales par leur abondance et leur durée. Quelques pertes blanches, mais la malade n'a jamais eu

d'accident inflammatoire aigu, n'a jamais souffert en urinant.

Dans la nuit du 11 au 12 mai, la malade ressentit brusquement, dans son lit, une violente douleur abdominale continue avec paroxysmes intermittents; un médecin appelé prescrivit un traitement calmant (opium et glace), il semble avoir été frappé surtout par l'élément douloureux présenté par la malade; celle-ci ne vomit pas, et ne présente pas de signes d'une hémorragie interne. Le lendemain, constatant que le ventre était toujours dur et douloureux, la malade nous est envoyée à l'hôpital.

A l'examen. — Femme de grande taille, bien constituée, peu de décoloration des téguments et des muqueuses. Le pouls est de tension faible, un peu rapide = 92; la température est de 37°6; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La malade ne souffre plus et est allée à la selle.

On est frappé par le ballonnement du ventre et par sa résistance au-dessous de la région ombilicale qui est occupée par une masse dure remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale, surtout saillante à la partie médiane et s'étendant dans les fosses iliaques.

Toucher vaginal. — Col de nullipare, en situation et de consistance normales, ne laissant écouler aucun suintement sanguin par son orifice; on ne peut délimiter le fond utérin perdu au milieu de la masse abdominale. Celle-ci occupe tout le pelvis, refoule le Douglas et les culs-de-sacs latéraux; sa consistance appréciée entre le doigt vaginal et la main abdominale est partout uniformément molle et pâteuse, fluctuante même dans le fond du Douglas.

En somme, en raison de la forme, de la consistance de cette tuméfaction, de l'empâtement diffus au-dessous de la paroi abdominale, et de la fluctuation perçue dans le Douglas, en raison aussi du début brusque de l'affection, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, quoiqu'il n'y ait pas eu de retard de règles et que les aveux

de la malade semblent infirmer la possibilité d'une grossesse ectopique. (Notons, que la malade était fiancée et qu'un pareil diagnostic aurait pu porter quelque trouble dans l'entourage.)

En présence de l'intégrité de l'état général, et des signes peu marqués d'une hémorragie interne, on prescrit un traitement d'attente : repos absolu au lit, glace sur le ventre.

19 mars. — Pouls à 80 ; température 37°7 ; pas de modification notable du côté de l'abdomen. La malade paraît être dans d'excellentes conditions pour supporter une intervention.

Laparotomie sous-ombilicale médiane (M. Albertin) : on tombe aussitôt sur l'épiploon de teinte ecchymotique par emprisonnement au sein de son réseau de caillots sanguins ; en le réclinant, on arrive dans une vaste cavité qui semble située en arrière de l'utérus ; après évacuation des caillots sanguins, on constate que l'utérus est gros, dur nettement myomateux, et on ne peut exactement se rendre compte de la source de l'hémorragie ; hystérectomie subtotale par le procédé américain ; assèchement de la cavité par de gros tampons de gaze ; péritonisation, pas de drainage. Suture de la paroi à trois plans.

Examen de la pièce. — Utérus du volume d'une tête fœtale ; à la coupe, volumineux noyau myomateux entouré sur son pourtour par du muscle utérin presque normal, véritable grossesse fibreuse. Les trompes utérines sont absolument intactes, ne sont pas augmentées de volume, leur paroi n'est pas épaisse, pas d'écoulement sanguin par l'orifice abdominal. L'ovaire gauche est occupé par un kyste hématique du volume d'une petite mandarine, qui contient à son intérieur du sang liquide presque pur, et dont les parois sont minces et lisses, sans caillots adhérents. L'ovaire droit présente à sa surface un kyste hématique, dont le volume paraît un peu inférieur au précédent, mais l'enveloppe amincie s'est fissurée en son point saillant pour donner issue au liquide hémorragique contenu dans

la cavité pelvienne; la surface interne du kyste est uniformément lisse et régulière, aucun caillot sanguin n'y est adhérent.

Pas d'autre lésion appréciable à la surface de coupe des deux ovaires.

L'examen histologique de différentes coupes en série pratiquées au niveau des deux kystes hématiques, n'a nulle part montré de villosités choriales, rien qui puisse faire penser à une grossesse ovarienne.

Les suites opératoires furent excellentes. Le lendemain de l'opération, pouls à 116, température à 38°6. Apyrexie complète et définitive à partir du troisième jour. Le 8 mars, vingt-trois jours après l'intervention, la malade quitte le service entièrement guérie.

OBSERVATION XI

(Wheelton Hind, *Bul. méd.*, t. XXVIII.)

Hémorragie subite de l'ovaire, juillet 1905,
résumée dans *la Gynécologie*, 1905, p. 463.

Une femme de bonne santé, mariée depuis six semaines, bien réglée est prise brusquement de douleur et de collapsus vague. Le lendemain cependant l'état général s'améliore un peu, mais l'état était encore assez grave pour qu'on procédât à la laparotomie. A l'ouverture du péritoine on retira une grande quantité de caillots; l'utérus et les trompes étaient dans l'état normal, mais l'ovaire y était rupturé et saignant, on l'enleva avec la trompe. La malade guérit après l'opération. A l'examen on trouva un kyste sanguin dans l'ovaire enlevé, ce kyste était un corps jaune récent, mais il n'y avait aucune trace de villosités choriales ou de caduque. On diagnostiqua une grossesse ectopique rupturée, mais il n'y avait pas d'adhérence et les deux trompes étaient normales. Il s'agit en réalité d'un cas rare de rupture d'un follicule de de Graaf apoplectique, ayant donné lieu à une hémorragie intrapéritonéale considérable.

OBSERVATION XII

(Otto Engström, *Archiv für Gynäk.*, 1907, t. LXXXII, p. 60.)

Hématocèle pelvienne, abondante consécutive à une hémorragie provenant d'un corps jaune.

Femme de quarante ans ayant eu antérieurement sept grossesses normales, et qui, en même temps que quelques irrégularités de ses règles, présenta à plusieurs reprises, des douleurs violentes, mais passagères, localisées au bas ventre et à la région ombilicale.

Une crise plus violente que les autres se produisit au mois de décembre 1905 et s'accompagna de phénomènes de réaction péritonéale. L'examen montra que le cul-de-sac postérieur était tendu et fluctuant, très douloureux. Une ponction exploratrice pratiquée à ce niveau ramena du sang noir. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine et la malade fut mise en observation. Quelques jours après apparurent des métrorragies, qui persistent plus ou moins abondantes, jusqu'à l'opération.

Engström vit la malade le 2 janvier 1906. Elle était pâle et anémiée ; l'examen montra que l'utérus était entouré par une masse de consistance pâteuse qui remplissait tout le petit bassin et faisait bomber le cul-de-sac postérieur. On parvenait à sentir l'origine des trompes, mais on les voyait presque aussitôt se perdre dans la masse péri-utérine. On pratiqua une nouvelle ponction qui ramena du sang et on se confirma dans le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'opération fut décidée et pratiquée le surlendemain. On enleva une grande quantité de caillots sanguins et on constata que les deux trompes étaient saines, ainsi que l'ovaire droit. L'ovaire gauche paraissait avoir été le point de départ de l'hémorragie et était recouvert de caillots adhérents ; il fut enlevé. Guérison.

L'examen de la pièce à l'œil nu montra que l'hémorragie

paraissait provenir d'un corps jaune rompu, siégeant au niveau du pôle externe de l'ovaire. Cet ovaire fut coupé en série et on constata qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse ovarienne ; il n'y avait pas trace d'éléments fœtaux. On se trouvait, à n'en pas douter, en présence d'un corps jaune récent. L'ovaire contenait en outre un petit nombre de kystes folliculaires. Il est à remarquer que les vaisseaux de la zone médullaire de l'ovaire avaient leurs parois très épaissies et scléreuses.

CHAPITRE III

HÉMATOCÈLES PAR LÉSIONS DE LA TROMPE

Il n'est pas douteux qu'au moment de la congestion menstruelle une certaine quantité de sang, exsudée dans la lumière de la trompe, tombe dans la cavité péritonéale ; mais ce sang non altéré, émis en petite quantité et tombant dans un péritoine sain, est très rapidement résorbé et n'arrive pas à constituer une hématocele. Il n'en est pas de même lorsque le sang provient d'une trompe altérée dans sa structure et que le péritoine pelvien a lui aussi reçu le contre-coup de cette inflammation. Ici, plus encore que pour les lésions de l'ovaire, il importe tout d'abord de pouvoir affirmer que les trompes enlevées au cours d'une intervention pour hémorragie interne ne sont pas gravides, les hématoèles par inflammation de l'oviducte et indépendantes de la grossesse n'étant que l'exception.

Les caractères macroscopiques en faveur de la grossesse tubaire sont tout d'abord l'unilatéralité des lésions, la présence d'un caillot adhérent à la face interne, la présence de débris fœtaux ou de débris placentaires. En l'absence de ces caractères en quelque sorte grossiers, seul l'examen microscopique est concluant.

Pour Pilliet et Baudron, les modifications histologiques de la trompe gravide sont les suivantes :

1° Dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse et suppression de son épithélium, de sa villosité, ce qui n'est pas possible en dehors de la placenta par simple présence de caillot sanguin ;

2° Abondance de cellules interstitielles chargées de pigments jaunes ;

3° Présence d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés surtout des artères, de phénomènes d'oblitération analogues à ceux que l'on trouve dans un utérus après chute du placenta.

Généralement le problème se pose de la façon suivante : le chirurgien croit intervenir pour des accidents de grossesse tubaire, il fait pourtant pratiquer l'examen histologique de l'organe prélevé, et il est tout surpris d'apprendre que sur les différentes coupes pratiquées, on n'a trouvé aucune trace de grossesse tubaire.

Avant l'emploi systématique de l'examen microscopique, nombreuses sont les observations d'hématocèles publiées et rattachées à des lésions inflammatoires des trompes ; toutes manquent du contrôle histologique et n'ont par suite pas toute la rigueur scientifique voulue. Ces observations ne sauraient nous attarder longtemps ; seule celle de Follin doit peut-être être rattachée à la question qui nous occupe, car l'examen macroscopique complet montrait que les deux trompes étaient également dilatées, le pavillon ouvert, et le contenu en était liquide sans caillot adhérent. Les autres cas, que nous avons réunis au nombre de sept, nous paraissent probants et susceptibles d'entraîner la con-

viction en faveur d'une hématoçèle par lésion tubaire et indépendante de la grossesse.

La trompe malade est toujours augmentée de volume, atteint le calibre d'une sangsue dont elle rappelle la forme, d'un pouce ou même davantage ; il y a alors dilatation de sa cavité centrale qui se remplit de liquide sanguin et constitue l'hématosalpinx. Lorsque la trompe est très dilatée, son orifice péritonéal est généralement fermé et, pour faire issue au dehors, le sang est obligé de faire éclater les parois de la poche, lorsque sa pression dépasse la résistance qui lui est opposée par celle-ci. La ressemblance est dans ce cas frappante avec la rupture d'une grossesse tubaire, et dans l'observation rapportée par Townsend, l'absence, constatée au microscope, de toute lésion gravisée fut pour lui une surprise. Le plus souvent la lumière de la trompe est moins dilatée, l'augmentation de volume est due surtout à l'épaississement et à la congestion de ses parois ; l'orifice tubaire, resté ouvert et béant, laisse couler dans le péritoine le liquide sanguin et la trompe par son pavillon plonge en plein milieu de l'épanchement liquide, au centre duquel on la découvrira après évacuation des caillots.

Il est presque constant de trouver dans la trompe du côté opposé des altérations comparables, soit simple congestion des parois, soit dilatation et formation d'hématosalpinx, soit enfin lésions inflammatoires, aboutissant, comme dans un cas de Kober, à des collections purulentes, à de petits abcès, localisés parfois aussi dans le tissu ovarien, et expliquant de la sorte la transformation purulente que peut subir une hématoçèle

pelvienne. Ovaires et trompes participent au même processus inflammatoire ; les annexes malades sont englobées à l'intérieur de fausses membranes de péritonite, qui s'organiseront encore bien davantage lorsqu'elles vont se trouver en présence du liquide sanguin épanché.

L'origine inflammatoire de ces lésions est corroborée par l'examen microscopique. Si l'on pratique, en effet, des coupes sériées sur les trompes enlevées, on constate qu'il existe un épaissement anormal des parois de la trompe avec ou sans dilatation de sa cavité centrale. L'épithélium de surface existe partout, mais il ne reproduit plus son aspect caractéristique ; le sang épanché à son intérieur emplît complètement la lumière de la trompe, refoule et déplisse la muqueuse, si bien qu'en certains points, il n'y a plus de replis muqueux et, en d'autres, ils se dessinent à peine. L'hématome intra-tubaire n'adhère pas à la muqueuse qui l'entoure, ne détruit pas le revêtement épithélial. Pourtant, dans un cas cité par Delporte, opéré pour une grossesse tubaire et où on ne trouva dans le Douglas qu'une minime quantité de sang, due à une salpingite bilatérale, « l'épithélium avait été dilacéré en un point par l'éclatement d'un petit vaisseau, que l'examen des coupes en série permit de mettre en évidence. »

Les lésions sont prédominantes dans la zone sous-muqueuse ; les capillaires sanguins sont très dilatés, les vaisseaux veineux variqueux ; il existe tout autour d'eux de petites suffusions sanguines analogues à celles que nous avons décrites sous le nom d'apoplexie ovarienne, et pouvant par analogie être appelées apoplexie

tubaire. La paroi des vaisseaux est altérée, envahie par la dégénérescence graisseuse (Wesley Bovee), en état par suite de moindre résistance et susceptible de se rompre à la moindre augmentation de pression du liquide sanguin qui circule à leur intérieur.

La tunique externe conjonctive est épaissie, dure, résistante et se confond peu à peu à la périphérie avec le feuillet péritonéal qui, de son côté, a réagi à l'infection par la production de strates successives de néomembranes.

Parfois les altérations sont plus avancées encore, l'orifice tubaire est oblitéré par les fausses membranes qui l'entourent, la trompe dilatée est réduite à une cavité close, remplie de liquide clair ou plus ou moins louche, et qui se transformera aisément en hématosalpinx par suite de la fragilité de la paroi des vaisseaux sanguins qui cheminent dans l'épaisseur de son enveloppe. La nature de l'hématosalpinx est très discutée ; il n'est pas douteux que la plupart ne sont que des grossesses tubaires en évolution ou en voie de régression, comme le veulent Lawson Tait et Orthmann, mais un petit nombre de ces collections sanguines n'ont aucun rapport avec la gravidité, elles résulteraient plutôt, ainsi que l'admet Pozzi, de la transformation hémorragique d'une poche de pyosalpinx.

Ce qui prédomine en somme dans l'étude anatomique des trompes, origine d'hémorragies intra-péritonéales, ce sont les altérations vasculaires, relevant elles-mêmes de processus infectieux : il s'agit de salpingite hémorragique de nature infectieuse. Tous les cas n'auraient pourtant pas cette origine. Rouland a

cru pouvoir décrire dans sa thèse des trompes atteintes de sclérose, avec processus hémorragique accentué, et même un cas d'hématosalpinx avec rupture et formation d'hématocèle, et dans lesquelles les lésions seraient tout à fait indépendantes de tout agent microbien, de toute infection; elles résulteraient seulement de poussées hyperhémiques répétées. Ces poussées se produisent à l'occasion des règles; le sang qui s'épanche alors dans le péritoine, et qui d'ordinaire se résorbe, peut pour une cause congestive plus accentuée, être plus abondant, et donner lieu du fait de son abondance à la formation d'adhérences péritonéales; si celles-ci soude les franges de la trompe, et que le suintement sanguin persiste dans la lumière tubaire, un hématosalpinx va se constituer. Rouland appuie sa manière de voir sur des données cliniques, et des recherches expérimentales sur le lapin. Nous ferons seulement remarquer tout d'abord que, dans les antécédents des malades, il n'est pas toujours aisé d'exclure la nature infectieuse des phénomènes douloureux ressentis par elles et que, d'autre part, dans les recherches expérimentales, même faites avec le plus grand soin, il est à peu près impossible de réaliser une asepsie absolue. Aussi persistons-nous à croire qu'infection et trouble circulatoires qui en découlent sont à la base des lésions que nous venons d'étudier.

OBSERVATION XIII

(Follin, *Gaz. Hôp.*, 1855.)

Follin parle d'un cas où les deux trompes étaient dila-

tées, remplies par un liquide épais, brunâtre, hématique. A droite l'extrémité de la trompe se perdait dans une masse sanguine du volume d'un œuf, qui occupait les parties latérale et postérieure de l'utérus.

OBSERVATION XIV

(Townsend, *Boston med. Journ.*, 1893, p. 438.)

Femme de trente-six ans, multipare, qui après des crises douloureuses accompagnées de pertes et de syncopes, présenta une masse dans le côté droit. On trouva, à l'ouverture du ventre, la trompe droite dilatée et partiellement déchirée. La malade guérit. On avait porté le diagnostic de grossesse tubaire.

L'examen microscopique pratiqué par Whitney, ne put faire découvrir ni villosités, ni cellules duodénales, et Whitney, malgré lui, considéra le cas comme un hémato-salpinx inflammatoire.

OBSERVATIONS XV et XVI

(Freund, *Cong. de Gyn. de Giessen*, 1901.)

Vraies et fausses grossesses extra-utérines.

Dans deux cas la laparotomie fut faite pour une tumeur tubaire croissante, ayant déterminé de la dysménorrhée, des métrorragies durables et enfin un épanchement de sang dans la cavité péritonéale. Les deux trompes extirpées étaient tuméfiées comme des trompes gravides, leurs parois simulaient tout à fait un sac de grossesse extra-utérine, et cependant il s'agissait, comme les préparations microscopiques l'ont montré, d'une salpingite chronique hémorragique.

OBSERVATION XVII

(Freund, *Centralb. f. Gyn.*, 1903.)

Il s'agissait d'une femme de vingt et un ans, affaiblie,

qui avait eu déjà deux grossesses; elle vint à la consultation, se plaignant de lipothymies et de douleurs abdominales. Un épanchement abondant dans le Douglas fit faire le diagnostic d'hématocèle. Par colpotomie postérieure on vida l'hématocèle et on enleva les annexes gauches, situées en plein épanchement. Dans la trompe on ne trouva pas trace de produit de la grossesse, mais une inflammation chronique hémorragique.

OBSERVATION XVIII

(Kober, *Cent. F. Gyn.*, 28 septembre 1901.)

Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine.

Femme de trente-sept ans, entrée le 6 janvier, sortie le 27 février. Anamnèse; pas d'antécédent. Deux accouchements normaux et un avortement, suites de couches normales. Jamais d'inflammation des organes pelviens; menstruation régulière, d'abondance moyenne, d'une durée de quatre à cinq jours; les dernières règles sont de fin novembre. Le 24 décembre, la malade avait à faire un travail pénible, elle ressentit une douleur violente qui l'obligea à s'aliter aussitôt. Bientôt légère hémorragie. La malade entre à l'hôpital le lendemain.

À l'entrée, femme petite, fortement bâtie. Température : 36°8, pouls de 72 à 80. Abdomen flasque. Immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, dans la région inguinale gauche, légère sensibilité à la pression. Vagin vaste. Utérus fortement élevé, derrière la symphyse. Immédiatement derrière lui, on sent une résistance s'étendant vers la gauche, et du volume approximatif du poing. Urines : ni sucre, ni albumine.

Dans ce cas, on diagnostiqua une grossesse extra-utérine probable; on ne fit pas de ponction exploratrice. Comme il s'agissait d'un cas récent, que la malade souffrait beaucoup, on proposa une intervention.

9 janvier. — Opération (Pfannenstiël). Ether. On trouve

une hématocele atteignant la ligne innominée. On libère l'annexe gauche, la trompe fortement modifiée est détachée avec ménagement de l'ovaire qui y adhère et enlevée. On libère une tumeur annexielle du côté droit, de la grosseur d'un œuf de poule, son contenu est reçu dans les linges du champ opératoire. La trompe et l'ovaire sont très altérés, leur ablation est jugée nécessaire, elle est faite de façon typique, l'angle tubaire est excisé en forme de coin. Fermeture, guérison *per primam*; départ au dix-neuvième jour.

Les annexes droites pouvaient être éliminées comme siège de la grossesse extra-utérine soupçonnée, l'ostium abdominal était oblitéré, sa lumière était distendue par du pus jaunâtre épais, sans odeur, l'ovaire était le siège de plusieurs abcès. On avait bientôt l'impression que la trompe gauche, dont l'orifice abdominal plongeait immédiatement dans la membrane de l'hématocele était le siège de la grossesse ectopique. Le Dr Krömer fit des coupes sériees de la trompe, et il résulte de son examen qu'il n'y a pas de grossesse: l'épithélium était partout intact, les couches profondes de la muqueuse offraient seulement des lésions de nature inflammatoire, mais rien qui rappelle une grossesse.

OBSERVATION XIX

(H. Soulié, d'Alger, *Archives prov. de Chir.*, p. 537, 1905.)

M. F..., vingt-quatre ans. Rien dans les antécédents héréditaires. Réglée à onze ans, à dix-huit ans devient enceinte à la suite de violences exercées sur elle. Accouchement prématuré à sept mois.

Depuis, la menstruation s'est rétablie comme par le passé, avec régularité parfaite. Flux cataménial très exactement tous les vingt-huit jours. Pas de pertes blanches; pas de douleur indiquant infection puerpérale antérieure.

Pendant l'été 1901, malaise brusque avec sensation d'étouffement. Pas d'état syncopal, de fièvre, de vomissements.

Depuis, à plusieurs reprises, crises analogues, ne coïncidant jamais avec les périodes menstruelles; la dernière qui remonte à février 1905, dure trois semaines et est d'une violence telle, que la malade se décide à consulter un chirurgien.

Examen le 24 février. — Etat général satisfaisant. Pas de réaction thermique. Pas de pertes blanches. Menstruation d'une régularité chronométrique. Douleurs spontanées et provoquées par la pression à droite et irradiées jusqu'au genou.

Au palper bimanuel: utérus en anticourbure normale, un peu gros et douloureux; col normal, à côté de l'utérus, empâtement occupant le cul-de-sac latéral gauche et en partie le cul-de-sac postérieur. Côté droit douloureux.

Diagnostic: ovario-salpingite gauche. Traitement médical.

16 mars. — Disparition des phénomènes douloureux, mais persistance de l'empâtement des culs-de-sac gauche et postérieur. On se décide à intervenir.

Laparotomie. — On constate l'existence d'un foyer hémorragique du volume d'un œuf de poule, coupant le cul-de-sac latéral gauche, le cul-de-sac postérieur et se prolongeant jusqu'à la limite interne du cul-de-sac droit, il affecte la forme d'une raquette ou plutôt d'une grosse virgule, dont la tête est placée dans le cul-de-sac latéral gauche sous le pavillon de la trompe. Il est enkysté, ses parois sont recouvertes de strates fibrineuses, de consistance dure à la périphérie, molle vers le centre, qui agglutinent la trompe et l'utérus en bas et en avant, l'intestin en haut et en dehors, il contient des caillots mous, noirâtres et du sang, gelée de groseille; pourtant du sang vif apparaît dès qu'on se met en devoir de nettoyer les parois; ce qui prouve que le processus hémorragique est encore en pleine évolution. La trompe gauche paraît manifestement malade; on l'extirpe avec l'ovaire.

Dans le cul-de-sac droit les annexes sont saines, on les respecte; le reste du péritoine pelvien est en bon état.

Drainage. Sutures de la paroi. Suites opératoires sans incident.

Revue depuis peu, son état reste satisfaisant à tous les points de vue.

Examen macroscopique des annexes gauches. — La trompe est grosse, rouge, congestionnée, d'aspect dépoli, le pavillon, qui plongeait en bas, entouré d'adhérences, est altéré mais perméable; l'ovaire est petit, ratatiné, blanchâtre, il présente quelques petits kystes remplis de liquide clair et paraît atteint de dégénérescence graisseuse. Il est enveloppé au-dessous de la trompe par des adhérences, qui l'entourent comme d'un voile.

Examen microscopique. — L'examen a été pratiqué par M. le Dr Lemaire; la trompe a été débitée en coupes très nombreuses (une centaine environ). Aucune n'a montré le moindre vestige de grossesse extra-utérine. Les plis muqueux sont d'apparence à peu près normale, revêtus partout d'un épithélium cylindrique, d'une façon régulière. Certains sont ramifiés et donnent l'aspect de culs-de-sac ganglionnaires, occupés par du mucus, quelques cellules épithéliales et des polynucléaires.

Conclusion. — Salpingite catarrhale.

OBSERVATION XX

Weinbrenner, de Magdebourg, *Monats. f. Geb. und Gyn.*,
1906, Bd. XXIV.)

De la grossesse extra-utérine simulée et des
hémorragies de la trompe.

Chez une III pare de vingt-six ans, à la suite de grandes fatigues, apparurent assez brusquement de violentes douleurs au moment des règles et celles-ci s'arrêtèrent. Au toucher, on trouva en arrière de l'utérus, qui était mou et non augmenté de volume, une tumeur du volume de deux poings, qui fut diagnostiquée hématocele. Métrorragies. Léger ballonnement du ventre. Comme malgré le repos,

l'anémie de la patiente augmentait et que l'on croyait avoir affaire à un avortement tubaire, l'intervention fut décidée.

A l'opération : tuméfaction et inflammation des deux trompes, suintement sanguin par l'ostium abdominal, présence d'une hématocele dans le Douglas. Évacuation de l'hématocele, ablation des trompes. Guérison.

Examen microscopique : les deux trompes étaient gorgées de sang et dans leur paroi les vaisseaux sanguins étaient dilatés, mais nulle part on ne trouva trace d'élément foetal. Il s'agissait par conséquent d'une hémorragie de la trompe à la suite d'une inflammation hémorragique de celle-ci.

OBSERVATION XXI

(Roulland, thèse Paris, 1907).

Hémosalpinx ouvert dans le péritoine.

A. C..., trente ans, ménagère. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Réglée à quinze ans, une seule fois, puis ne voit plus rien jusqu'à l'âge de dix-huit ans ; nouvel arrêt jusqu'à vingt et un ans, époque où la menstruation s'établit de façon définitive. Trois fausses couches, de six mois et demi, un mois et quatre mois. Jamais de pertes blanches. Jamais de fièvre après ses couches. Pas de spécificité.

En janvier 1904 (18 et 19 janvier) elle a eu quelques pertes de sang.

19 janvier 1904. — Toucher vaginal : col souple et mou. Utérus antéfléchi ; en arrière et à droite on trouve une tumeur volumineuse adhérente à la face postérieure de l'utérus, saillante dans le Douglas et douloureuse.

L'utérus est immobilisé par cette masse, semblant surtout fixée à sa partie postérieure. On pense à une hématocele rétro-utérine. Mise au repos.

15 février 1904. — Laparotomie par M. Doléris. A l'ouverture du ventre, on tombe sur l'utérus ; celui-ci est en

antéversion normale, de volume et de forme un peu augmentés.

Les annexes droites légèrement adhérentes à l'épiploon sont attirées en avant ; l'ovaire, légèrement augmenté de volume, ne présente aucune lésion macroscopique. La trompe droite accolée à l'ovaire est dilatée en infundibulum dans sa partie correspondant au pavillon. Sa portion frangée corolliforme est véritablement béante, comme si l'ostium abdominal avait éclaté. En ce point réside un caillot que l'on enlève. Libération des adhérences, on remet les annexes droites en place.

Les annexes gauches sont plus basses, plongent presque dans le Douglas. Des néomembranes sont libérées au thermocautère ; la trompe gauche ne paraît point altérée ; l'ovaire est peu volumineux et présente un gros point grisâtre que l'on suppose être un corps jaune.

En résumé, opération purement conservatrice. Fermeture du ventre. Suites opératoires excellentes et apyrétiques.

L'examen histologique, très soigneusement fait par raclage, coupe dans le petit caillot et les adhérences n'ont montré nulle part d'éléments syncytiaux, indice nécessaire des éléments de l'œuf. On en conclut donc qu'on se trouve en présence d'un hémosalpinx ouvert dans la cavité péritonéale.

CHAPITRE IV

FIBROMES UTÉRINS ET HÉMATOCELE

Dans notre étude anatomique précédente sur les altérations des trompes des ovaires, nous avons déjà signalé la coexistence avec les lésions des annexes de dégénérescence myomateuse de l'utérus ; il faut voir là plus qu'une simple coïncidence, soit que le fibrome utérin provoque les altérations des annexes, soit que tous deux relèvent d'une même origine, que nous ne pouvons d'ailleurs déterminer.

Indépendamment de ces lésions de voisinage, les fibro-myomes utérins peuvent se compliquer d'hémorragies intra-péritoneales plus ou moins abondantes, et rappelant de tout point le tableau clinique de l'hématocèle.

Cette complication n'est pas signalée dans les traités classiques, nous n'en trouvons mention ni dans le livre de Pozzi en France, ni dans ceux de Veit en Allemagne, et de Lawson Tait en Angleterre. Poncet n'en parle pas non plus dans sa thèse d'agrégation mais quelques années plus tard, dans son article si complet du *Dictionnaire Dechambre*, il cite un cas personnel. Dans l'intervalle, en 1882, Laroyenne et son élève

Soller en avaient publié trois cas observés dans leur service de la Charité, en un court espace de temps; au sujet de ces observations, ils admettaient comme cause possible de certaines hématoécès la pachypéritonite hémorragique, mais pour la première fois ils attiraient l'attention sur la possibilité de rupture des nombreux vaisseaux qui sillonnent la surface externe des gros fibromes utérins. Laroyenne rappelait un cas où, au cours de l'opération, « le simple passage de la main sur la tumeur fibreuse avait amené la rupture d'un des vaisseaux de la surface et déterminé une hémorragie assez abondante. » Nous ne nous permettrons pas de douter de la haute valeur clinique de ces observations, et seule l'époque déjà lointaine, où les malades furent traitées, explique l'on puisse reprocher à ces trois cas le défaut de contrôle anatomique. Le même reproche s'adresse aussi à une observation d'A. Pollosson, citée dans la thèse de Perrier, la malade ne fut pas opérée et l'épanchement sanguin mit plus de dix-huit mois à se résorber.

Nous restons de la sorte en présence de huit observations, réunies dans les thèses de Perrier, puis de Lemoine, toutes pourvues d'un examen anatomique des pièces prélevées, sur lesquelles on put déterminer avec exactitude l'origine du liquide sanguin épanché dans le péritoine.

La structure du fibromyome semble avoir peu d'importance, elle n'est généralement pas indiquée dans les observations ; toutefois, dans celle de Stein, l'auteur dit que « la tumeur est de consistance molle, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont nombreux et di-

latés. Partout on constate des phénomènes de stase, et par places de l'œdème consécutif. » Le poids de la tumeur est presque toujours très élevé : 2.900 et 3.200 dans deux cas de Tédénat, 1.600 dans celui de Pollosson. Clarke dit que la tumeur enlevée par lui, était énorme. Il semble donc que les gros fibromes soient plus propres à donner des complications hémorragiques.

Il est curieux de noter que le tissu myomateux, dont la structure est si peu vasculaire, qui ne saigne pas sur la tranche de section, détermine au contraire des troubles vasculaires très marqués au niveau de ses surfaces. Cette vascularisation si développée au-dessous de la muqueuse utérine, est bien connue depuis longtemps, c'est elle qui nous explique que les métrorragies soient un des symptômes les plus constants des fibromes utérins. Elle est tout aussi intense au-dessous du feuillet péritonéal, et c'est d'elle dont nous nous occuperons ici.

Cette notion paraît en effet évidente, si l'on songe à l'aspect spécial présenté par les gros fibromes au cours des laparotomies. On voit alors tout autour de la tumeur le tissu sous-péritonéal sillonné de grosses veines irrégulières, tortueuses, enroulées sur elles-mêmes, et dont le calibre peut atteindre celui d'une radiale, d'une plume d'oie. L'aspect est très superposable à celui que donne un utérus gravide. Grossesse et fibrome utérin réagissent en effet de façon presque analogue en amenant une congestion intense de tous les vaisseaux pelviens et surtout du système veineux. L'aspect est encore plus caractéristique lorsque l'épiploon est venu se souder sur le fond utérin, et ajoute encore sa propre

vascularisation à celle déjà si développée de la tumeur. On sait quelle est alors la difficulté de l'hémostase de tous ces vaisseaux qu'il faut sectionner entre deux ligatures, d'autant que leur paroi se déchire aisément, et que leur ouverture donne vite des hémorragies presque inquiétantes.

Il semble qu'il y ait ici une fragilité toute spéciale des vaisseaux veineux, assez comparable à celle de ces dilatations veineuses que l'on retrouve au niveau de la vulve au cours de la grossesse, et qui, elles aussi, se déchirent et saignent abondamment au moindre contact.

Les déchirures, qu'on a tant de peine à éviter au cours des opérations, peuvent se produire spontanément, ou tout au moins reconnaissent une cause insignifiante, un léger traumatisme, une hypertension sanguine de quelque nature qu'elle soit. On opère alors ces malades pour des signes d'hémorragie interne, on découvre un fibrome qui pouvait être ignoré de la malade et ce n'est qu'à un examen méthodique des pièces prélevées que la source de l'hémorragie peut être précisée. Rokitsky, découvrit une rupture d'une veine sous-péritonéale pour expliquer un gros épanchement sanguin dans la cavité péritonéale. Dans un cas opéré par A. Pollosson, « à la partie moyenne du fibrome, une grosse veine présentait une déchirure évidente dans laquelle on constatait un caillot qui faisait saillie au dehors et se prolongeait dans le calibre de la veine ». La déchirure veineuse plus large encore dans le cas de Stein fut mesurée et atteignait 4 à 5 millimètres ; il faut ajouter que l'écoulement sanguin fut si rapide,

que la malade mourut malgré l'intervention. Dans un cas de Tédénat, rapporté par Lemoine, on trouva, « au niveau d'un noyau myomateux accessoire, de gros sinus veineux dont un, situé à la partie postérieure de la tumeur, était percé de menus orifices par où se faisait l'hémorragie ».

D'autres fois la lésion n'est pas aussi localisée, la suffusion sanguine se fait plutôt en nappe. La suffusion sanguine et la destruction de la couche épithéliale, rendant possible l'hémorragie intra-péritonéale, sont le fait de la torsion d'un noyau myomateux autour de son pédicule. Il en était ainsi dans deux cas rapportés l'un par Martin, l'autre par Steinbuchel, dans ce dernier, la torsion plus ancienne ou plus accentuée s'accompagnait de sphacèle de la tumeur. Il faut admettre qu'il se produit alors des accidents rappelant ceux qui sont occasionnés par la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire : les artères à paroi plus résistante continuent leur apport sanguin, alors que les vaisseaux veineux à paroi plus flasque, plus dépressible, sont comprimés du fait de la torsion ; il en résulte une augmentation de la tension par défaut de retour du sang, augmentation de pression qui a pour résultat la rupture d'un vaisseau sanguin, ou l'extravasation sanguine à travers des parois dilatées. A ce propos, Martin fait remarquer que la seule différence avec la torsion du kyste de l'ovaire, c'est que dans la torsion d'un fibrome le sang ne peut s'épancher à l'intérieur d'une cavité préexistante, développée aux dépens de la tumeur, et il se déverse alors en pleine cavité péritonéale.

Le fibrome peut enfin se comporter comme un corps

étranger, et à ce titre donner des hémorragies, soit de cause purement mécanique par frottement répété au niveau d'un point résistant, tel que le promontoire avec ulcération de la tumeur et hémorragie consécutive, soit par formation d'adhérences inflammatoires. Si ces adhérences très vasculaires viennent à se déchirer, à se rompre, les vaisseaux qu'elles contiennent atteints dans leur continuité, donneront issue à une quantité souvent abondante de sang, qui formera dans le point déclive du péritoine une hématocele pelvienne typique comme il advint dans une observation relatée par Lemoine.

Nous abordons, avec la rupture de ces adhérences, les altérations du péritoine, et nous en arrivons à discuter la valeur de pachypéritonite hémorragique dans la formation de l'hématocele. Il n'est pas douteux que, dans la plupart des cas qui nous occupent la séreuse péritonéale est dépolie au niveau de sa surface, épaissie dans sa structure, irritée qu'elle est à tout instant par la présence d'un fibrome utérin jouant le rôle d'un véritable corps étranger plus ou moins mobile à l'intérieur de la cavité péritonéale. De la présence presque constante de ces altérations, à conclure que la pachypéritonite est la cause de l'hématocele, il y a encore loin. La réaction péritonéale n'est que la réaction de voisinage de l'altération de l'organe sous-jacent. Il faut de parti pris rechercher pour expliquer l'hémorragie une cause plus appréciable et nous voyons que dans nos observations celle-ci put toujours être retrouvée.

Ce qui domine en somme l'étude anatomique de cette

question des hémorragies intra-péritonéale au cours de l'évolution des fibromes utérins, c'est le grand développement et la dilatation des vaisseaux veineux sous-péritonéaux, avec possibilité de rupture à l'occasion d'une hypertension veineuse de quelque nature qu'elle soit. On pourrait se demander si cette déchirure n'est pas facilitée par l'état des parois des vaisseaux, si en plus de la dilatation mécanique de leur lumière, ils ne présentent pas des altérations histologiques de leurs différentes couches. A priori nous ne saurions le croire ; nous avons déjà assimilé, à ce point de vue, grossesse normale et gros utérus fibromateux, et de même qu'on voit dans la grossesse les vaisseaux revenir sur eux-mêmes, l'accouchement terminé ; de même les troubles circulatoires doivent disparaître après ablation de la tumeur qui les provoquait. L'examen histologique des vaisseaux déchirés n'a été pratiqué qu'une seule fois, dans l'observation de Stein, et le résultat vient confirmer notre manière de voir.

OBSERVATION XXII

(Rokitansky, *Lehrb. der pathol. Anat.*, 1861, S. 484.)

On trouva une déchirure d'une veine sous-péritonéale située à la surface d'un fibrome chez une femme qui avait un gros épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION XXIII

(A. Martin, *Normandie médicale*, 15 août 1897.)

En juillet 1896, il est appelé près d'une religieuse âgée de trente-neuf ans ; vierge, sans antécédents génitaux, sauf

un peu de dysménorrhée. Trois semaines avant la première visite de l'A., brusquement pendant la nuit éclatèrent des douleurs abdominales excessivement violentes. Un médecin appelé constate une sensibilité extrême de tout l'abdomen; celui-ci est ballonné, faiblesse générale, petitesse et rapidité du pouls, lipothymies, syncopes répétées.

Diagnostic. — Hémorragie interne grave. C'était à la fin d'une période menstruelle.

Pendant trois semaines, elle présente des vomissements, de la rétention d'urine nécessitant des cathétérismes, de la constipation. Le facies est mauvais, la langue sale, il y a de fréquentes lipothymies.

Lorsque l'A. la voit, le ventre est devenu souple, ce qui permet d'apprécier le volume de la tumeur abdominale. Elle monte à deux doigts au-dessus de l'ombilic, elle est plus développée à droite qu'à gauche. Pas de toucher vaginal pour respecter l'hymen. Le toucher rectal donne la sensation d'un utérus augmenté de volume, les mouvements transmis de la paroi antérieure de l'abdomen au doigt rectal. Sensation également d'un corps dur ligneux; il pense à un fibrome mais il rejette cette opinion en raison des antécédents de la malade qui n'avait rien présenté du côté de l'appareil génital, dont le ventre était plutôt rétracté que saillant avant l'accident. Il pense à une hématométrie pour l'éliminer. La virginité et des raisons morales font éliminer une rupture de grossesse ectopique. Il attend l'opération pour faire son diagnostic.

Opération le 9 juillet. — Laparotomie. Il trouve un fibrome gros comme une tête de fœtus à terme, dans le flanc droit et la fosse iliaque, entouré d'adhérences péritonéales nombreuses. Il les rompt et amène des caillots peu abondants (une partie du sang ayant dû se resorber depuis le début des accidents). L'épiploon étendu sur le fibrome est infiltré d'une couche épaisse de caillots. Il résèque cette portion. Le fibrome est rattaché à l'utérus par un pédicule de trois centimètres gros comme le pouce. Il sectionne le

pédicule. Explorant le pleviis, il trouve l'utérus fibromateux comblant le Douglas; il y a un deuxième fibrome gros comme deux poings. Il fait une hystérectomie à pédicule externe. En octobre, la malade guérie, reprend ses occupations.

OBSERVATION XXIV

(A. Pollosson, *Soc. de Chir. de Lyon*, 2 juin 1904.)

Hémorragie intra-péritonéale dans le cas de fibrome.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, célibataire, n'ayant jamais eu d'enfants. Domestique. Aucun antécédent pathologique. La menstruation a toujours été régulière, dans ces trois ou quatre dernières années, la durée des règles était seulement un peu augmentée. L'augmentation légère du ventre avait été interprétée comme une légère obésité. En somme, cette femme se considérait comme en parfaite santé, lorsque apparurent les accidents brusques que nous allons rapporter.

Le 22 mai 1904, la malade était dans la rue, portant un panier, lorsque elle fut prise, brusquement, de violentes douleurs abdominales, plus marquées à gauche. Elle est obligée de s'asseoir; elle est ramenée chez elle en voiture; dans la nuit, les douleurs persistent; quelques vomissements surviennent, l'abdomen est distendu, et le palper rendu, de ce fait, très difficile.

Le lendemain, amélioration légère; le surlendemain, la malade est transportée à l'hôpital. Le soir de l'entrée, la température est de 38°2.

A l'examen, on perçoit dans l'abdomen une tumeur dure, arrondie, donnant la sensation d'un fibrome utérin, du volume d'une grossesse de trois mois. Latéralement, la palpation de l'abdomen est un peu douloureuse: on a de la submatité dans le flanc gauche.

On porte donc le diagnostic de fibrome utérin; mais, quant à l'interprétation des accidents aigus, on ne peut

faire qu'une hypothèse : s'agit-il d'une poussée brusque d'appendicite ? S'agit-il d'une grossesse tubaire récente, rompue dans le péritoine ? S'agit-il de la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire assez petit pour ne pas être nettement perçu ? On peut faire ces diverses hypothèses, sans affirmer l'exactitude d'aucune.

26 mai 1904. — Laparotomie. A l'ouverture, on constate que le péritoine est rempli de sang, soit dans les parties déclives, soit entre les anses intestinales ; on peut apprécier le sang épanché à un demi-litre ou un litre.

La toilette étant faite, on enlève le fibrome par l'hystérectomie subtotala ; on ne constate rien d'anormal du côté des ovaires et des trompes, et, à ce moment, l'interprétation de l'hémorragie n'est pas encore faite.

C'est seulement à l'examen de la pièce que l'on voit nettement la pathogénie des accidents. La tumeur fibromateuse, du poids de 1.600 grammes, est de forme irrégulière ; à sa surface et dans sa partie supérieure, on constate une arborisation des veines superficielles distendues, gorgées de sang et d'aspect variqueux. Puis, à la partie moyenne du fibrome, une grosse veine présente une déchirure évidente, dans laquelle on constate un caillot qui fait saillie au dehors et se prolonge dans le calibre de la veine.

Dans la partie inférieure, la surface du fibrome présente des arborisations de veines volumineuses complètement vides.

Il s'agit donc d'une inondation péritonéale brusque sous l'influence de la rupture d'une veine variqueuse à la surface d'un fibrome.

OBSERVATION XXV

(Stein, *Monats. f. Gebürts Gyn. Berlin*, 1905, S. 687.)

Hémorragies intra-péritonéales mortelles au cours
des myomes utérins.

C. B..., quarante-neuf ans ; entre le 13 mars 1905 à la cli-

nique, dans un état syncopal. Bonne santé antérieure ; a eu trois accouchements normaux. Règles toujours régulières. Ni ménorragies, ni métrorragies. La malade a éprouvé, il y a quatre ou six semaines, des douleurs sourdes dans la partie inférieure de l'abdomen. Dans la soirée du 12 au 13 mars, elle éprouva soudain, dans l'hypochondre et les fosses iliaques, une douleur brûlante, lancinante, qui l'obligea à se mettre au lit. Après un effort pour se lever, elle perdit connaissance. Un médecin constate les signes d'une hémorragie interne : pouls petit, à peine perceptible ; nez et extrémités froides. A la palpation profonde, collection fluctuante dans l'abdomen et à droite de l'utérus, tumeur dure, de la grosseur du poing. Sérum, huile camphrée. La malade ne peut entrer à l'hôpital que vingt-quatre heures après. On trouve les signes suivants : malade pâle, exsangue, et hors d'état de répondre aux questions. Pouls filiforme, 108. Température : 36°9. Pas de vomissements. A l'examen, on constate que la paroi abdominale est douloureuse au contact ; au-dessus de l'arcade crurale droite, on sent distinctement une tumeur lisse, molle, mobilisable, qui plonge dans le bassin.

Le toucher vaginal indique que le vagin ne contient pas de sang ; l'utérus, de grosseur normale, se continue sans limites précises avec une tumeur molle, de la grosseur d'un poing mobile et située à droite de la matrice. Les annexes sont perçues à gauche, mais pas à droite. Les culs-de-sacs sont vides. Malgré l'âge avancé, on pense à une grossesse tubaire et l'on se décide à une intervention immédiate.

Laparotomie. — Il s'écoule un sang noir et liquide, et l'on aperçoit, fixés au fond de l'utérus, deux noyaux myomateux, situés l'un au-dessus de l'autre, de consistance molle, de coloration violacée et sillonnés de fortes veines. A l'une de ces veines, une déchirure béante de 3 à 4 millimètres. Trompes et ovaires sont libres des deux côtés. Caillots dans le Douglas. Rien sur le foie et l'épiploon.

Hystérectomie supravaginale. Mort le 15 au matin, avec température, 39 degrés; pouls, 130; respiration, 50.

Autopsie. — Hémorragie abondante dans la cavité péritonéale. Pour en rechercher la cause, on injecte sans résultat de l'eau dans l'aorte. La tumeur est formée de deux noyaux myomateux superposés, de la grosseur du poing, attenant au fond de l'utérus. Veines superficielles ectasiées, l'une d'elles présente une déchirure de 4 à 5 millimètres.

Le fibromyome est de consistance molle. A l'examen microscopique, le tissu myomateux paraît normal, mais les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont nombreux et dilatés. Partout on constate des phénomènes de stase et, par places, de l'œdème consécutif; aucune altération des parois veineuses et coloration normale des fibres élastiques.

OBSERVATION XXVI

(Steinbrückel, *Wien. rhin. Wochen.*, 1905.)

Torsion du pédicule d'un myome utérin avec hémorragie grave, observation résumée.

Femme de quarante-quatre ans, multipare. Mauvais état général. Depuis treize ans et demi, est réglée très régulièrement; pertes sont d'abondance moyenne et durent quatre jours. A partir de la trentième année, elles deviennent plus abondantes et douloureuses; cet état persiste jusqu'à trente-huit ans; depuis six ans, les époques sont redevenues indolores. Constipation habituelle. Elle a remarqué, il y a cinq ans, dans le bas-ventre, la présence d'une tumeur solide, qui s'accroît peu à peu. Le 26 mars, au cours d'un massage abdominal exécuté avec force, elle ressent tout à coup, dans le côté droit, une douleur violente qui s'étend bientôt à tout le ventre. Perte de connaissance passagère. Les jours suivants, l'intensité de la douleur fait recourir à l'opium. Peu à peu, les symptômes alarmants s'atténuent.

14 avril. — Dix jours après le début des accidents, pendant qu'on la changeait de lit, la malade éprouve une nou-

velle douleur aussi violente que la première et suivie de collapsus. On constate : teint pâle, muqueuses décolorées, extrémités froides ; traits tirés, face anxieuse. Seins mous, pas de colostrum, ni d'aréole pigmentaire. Pouls petit, 118 à 123. Température ; 35°8. Au cœur, souffles anémiques. Ni sucre, ni albumine.

Abdomen légèrement météorisé, très sensible à la palpation, surtout à droite. Les anses intestinales distendues se dessinent à gauche et au-dessous de l'ombilic. A droite et à gauche, à la partie inférieure de l'abdomen, deux tumeurs semblent soulever la paroi ; elles sont dures et ont la consistance d'un fibrome. La douleur, intense à la palpation, empêche de se rendre compte des rapports des deux tumeurs ; outefois, on peut affirmer qu'elles sont rattachées l'une à l'autre, que leur mobilité est limitée et qu'entre elles existe un sillon. Le toucher vaginal et rectal confirme l'existence d'une tumeur mobile. Utérus non délimitable. A la percussion, matité dans les flancs, se déplaçant par les changements de position. Au-dessous de la tumeur et dans la région ombilicale, son tympanique clair. Sérum, huile camphrée.

11 avril. — Laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un sang liquide sous forte pression. La tumeur droite dépasse le volume d'une tête d'enfant, sa couleur est gris vert, tandis que celle de la tumeur gauche, de forme ovoïde, est rouge. Une partie est nécrosée et entourée de fausses membranes. Tout autour sont disposés en rayons de roue de nombreux vaisseaux, de calibre moyen. Malgré la torsion du pédicule (60 à 75 degrés), un de ces vaisseaux laisse échapper, par une déchirure, une certaine quantité de sang veineux. C'était là, sans doute, la source de l'hémorragie.

Amputation supra-vaginale ; nettoyage de la cavité péritonéale, suture. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXVII

(Lemoine, thèse, Montpellier, 1907.)

**Myome utérin. — Pyosalpinx droit et appendicite.
Hémorragies intra-péritonéales.**

Mme B..., trente-cinq ans, femme forte, sans maladie antérieure. Réglée à treize ans, toujours régulièrement. Mariée à vingt-cinq ans; jamais de grossesse. Depuis cinq ans, hémorragies abondantes avec caillots, durant de huit à dix jours. Il y a deux ans, poussée de pelvipéritonite aiguë avec douleurs vives, vomissements. Depuis lors, douleurs lombo-abdominales plus vives dans la fosse iliaque droite. Depuis cinq ou six mois, la malade souffre beaucoup plus lors de ses règles toujours abondantes et s'anémie.

10 novembre 1903. — Malade pâle, constipée. Pouls à 90. Gros myome remplissant tout le pelvis, remontant à l'ombilic. Pression douloureuse dans le cul-de-sac droit.

16 novembre 1903. — Laparotomie. Tumeur péniblement désenclavée. Avec elle vient un pyosalpinx du volume d'un œuf de poule, auquel adhère l'appendice. Dans le Douglas, au milieu d'adhérences, masse sanguine ayant l'aspect de raisiné, du volume de 2 litres, avec quelques caillots plus secs et plus décolorés. Hystérectomie totale. Ablation de l'appendice. Guérison.

Examen des pièces. — Fibromyome dur, pesant 3.200 grammes, à sa partie postérieure, grosse saillie du volume de deux poings, très dure, sessile, portant plusieurs mamelons. Cette masse mamelonnée est sillonnée de larges sinus veineux; c'est au niveau des adhérences du pyosalpinx avec elle qu'on trouve un sinus érodé qui a fourni les hémorragies intra-péritonéales.

OBSERVATION XXVIII

(Lemoine, thèse, Montpellier, 1907.)

Myome utérin. — Hémorragies intra-péritonéales répétées, surtout abondantes lors des périodes menstruelles.

V..., trente-cinq ans, entre le 10 novembre 1904 dans le service du professeur Tédénat. Réglée à douze ans, toujours régulièrement, pendant trois ou quatre jours et en quantité moyenne, sans leucorrhée, sans douleurs. Mariée à vingt et un ans. Accouchement à vingt-trois ans. Suites de couches normales. Depuis un an, les règles sont un peu plus abondantes et durent un ou deux jours de plus qu'antérieurement. Pas d'hémorragies intermenstruelles. Depuis cinq ou six mois, la malade éprouve à chaque époque quelques douleurs dans le ventre et la région sacrée, pâlit, s'anémie.

En août dernier, la menstruation s'est accompagnée de douleurs assez vives et d'une vraie anémie aiguë. En septembre et octobre, il en a été de même, bien que la perte externe n'ait été ni plus longue, ni plus abondante.

12 novembre. — Pâleur accentuée, pouls rapide 90 à 100; faiblesse générale, amaigrissement notable. Myome arrondi, arrivant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic : tumeur large, dure, avec une masse du volume de deux poings, distendant le cul-de-sac postérieur et comme noyée dans un exsudat mollasse, indolore à la pression.

14 novembre. — Règles durent trois jours, peu abondantes et sans caillots, avec douleurs dans tout le bas-ventre. Augmentation de l'exsudat qui distend le Douglas. Vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées. Injection quotidienne de 500 grammes de sérum.

21 novembre. — Laparotomie. La tumeur est facilement attirée hors du ventre et à la masse principale est reliée par un pédicule long de 3 centimètres et du volume du pouce, un bloc, du volume de deux poings, qui sort enveloppé de caillots sanguins, gris-jaunes. On enlève du Douglas au

moins 3 litres de caillots noirâtres, entourés d'adhérences filamenteuses et quelques caillots grisâtres. Hystérectomie subtotala. Guérison.

Examen de la pièce. — La masse totale était constituée par un fibrome diffus, du poids de 2.900 grammes, développé aux dépens de la moitié postéro-supérieure de l'utérus ; à cette masse était relié un bloc très dur. A la surface de la masse principale et surtout du noyau accessoire, on voyait de gros sinus veineux dont un, situé à la partie postérieure de la tumeur, était percé de menus orifices par où se faisait l'hémorragie.

OBSERVATION XXIX

(Clarke, *Lancet*, 1907.)

Hémorragie intra-péritonéale par fibrome utérin,
avec distension aiguë de l'abdomen.

X..., célibataire, âgée de quarante-huit ans. Bonne santé antérieure. Fut prise brusquement, dans l'après-midi du 18 novembre, d'une violente douleur abdominale impossible à localiser exactement. Sueurs profuses. Vomissements presque immédiats. Collapsus. Abdomen sensible à la palpation et météorisé. Disparition de la matité hépatique, la sérosité remonte presque jusqu'à la hauteur du sein. Les anses intestinales se devinent à travers la paroi. Pouls petit à 80, température 35°5. On diagnostique : perforation de l'estomac ou de l'intestin et on se décide à pratiquer une laparotomie d'urgence. Notons que la malade avait été traitée pour un fibrome, mais on ne voyait pas quelle relation pouvait exister entre la tumeur et les accidents actuels.

Laparotomie sous-ombilicale. Estomac très distendu, pas de matières dans le péritoine, pas de perforation. La main, enfoncée dans la partie inférieure de l'abdomen, perçoit une masse dure, résistante, qui semble plonger dans le petit bassin. On prolonge l'incision et on aperçoit un

énorme fibrome sous-péritonéal, développé aux dépens du fond de l'utérus et retenu par le promontoire. On le dégage avec une certaine difficulté et on l'amène à l'extérieur. A sa surface, rampent de gros vaisseaux. Le bassin et la partie inférieure de l'abdomen sont remplis de caillots.

En un point de la tumeur, qui est en rapport avec la pression exercée par le promontoire, se trouve une ulcération qui paraît être la source de l'hémorragie.

Le myome est extirpé sans incidents ; on enlève les caillots et on suture la plaie abdominale. Amélioration de l'état général ; la malade ne quitte l'hôpital que le 16 février.

CHAPITRE V

AUTRES CAUSES D'HÉMATOCÈLE

Nous avons pu jusqu'ici, dans l'étude de l'existence anatomique de l'hématocèle pelvienne sans grossesse ectopique, nous baser sur des constatations macroscopiques précises accompagnées le plus souvent du contrôle histologique ; le chapitre actuel nous paraît plus délicat encore, car nous ne pourrions y déployer la même précision anatomique. Tout d'abord, l'épanchement sanguin décrit sous le nom d'hématocèle mérite-t-il cette appellation ; de plus, la cause invoquée est-elle scientifiquement acceptable.

Au cours de la menstruation, il est constant qu'au moment de la rupture du follicule de de Graaf, une certaine quantité de sang, minime le plus souvent, tombe dans la cavité péritonéale, vient se localiser en son point, décline dans le cul-de-sac de Douglas, sans que d'ailleurs l'examen clinique permette de la déceler. Ce sang est rapidement résorbé par le péritoine, surtout si celui-ci n'est pas altéré, n'a rien perdu de son pouvoir de résorption ; il n'y a pas formation d'hématocèle au sens véritable du mot. Celle-ci demande pour se produire des conditions pathologiques déterminées,

dont nos chapitres précédents ont décrit les principales.

Les épanchements sanguins intra-péritonéaux d'origine traumatique, prédominants ou uniquement localisés dans le bassin ne nous paraissent pas davantage ressortir à l'étude de l'hématocèle. Ces hémorragies sont le fait d'un traumatisme quelconque intéressant la circulation pelvienne et surtout d'un traumatisme chirurgical ; l'hémorragie survient alors comme complication secondaire au cours d'une opération gynécologique soit par défaut d'hémostase, soit parce qu'une ligature a lâché. Le cas publié par Neumann, bien que nous n'en approuvions pas le titre « un cas d'hématocèle après laparotomie sans grossesse tubaire » est pourtant intéressant à un point de vue, car il nous montre comment se comporte le sang provenant de la libération d'adhérences très vasculaires. Après des signes d'hémorragie interne l'auteur retira au onzième jour par colpotomie une grande quantité de sang analogue à du goudron. Il tire de cette observation les conclusions suivantes : « Si on voulait faire jouer un rôle à la qualité du sang dans la formation de l'hématocèle par grossesse tubaire, des observations comme la mienne prouvent que ce n'est pas seulement le sang provenant d'une trompe gravide qui peut produire une hématocèle... Mais, dans le cas de grossesse tubaire se trouvent réalisées les circonstances les plus favorables à la formation de l'hématocèle, c'est-à-dire hémorragie se produisant lentement et d'une façon durable... Il faut une hémorragie lente dans un péritoine à pouvoir resorbant diminué. »

Le rôle du péritoine semble donc être des plus importants, rôle passif en quelque sorte, le feuillet séreux étant devenu insuffisant dans son pouvoir de résorber les liquides épanchés à sa surface. Son rôle actif a été défendu pendant longtemps, et devint la théorie de la pachypéritonite hémorragique de Besnier par analogie avec la pachyméningite et pachyvagininite par lesquelles Virchow expliquait la production d'épanchements sanguins à l'intérieur des méninges et de la vaginale. C'est par de la pachypéritonite que Poncet et Laroyenne et de Rouville, tout récemment encore, expliquent la production de certains épanchements sanguins du Douglas chez des malades ayant présenté antérieurement des signes cliniques non douteux de réaction péritonéale autour d'annexes enflammées. Une des conditions essentielles de l'hématocèle se trouve, en effet, réalisée, mais il manque la preuve anatomique de l'ondée sanguine, et l'examen complexe des organes génitaux, s'il eût été fait, eût peut-être mis en évidence la cause précise de l'hémorragie, soit sur la trompe, soit sur l'ovaire. C'est l'objection que nous ferons à l'observation résumée de Rouville, qu'il rapporte après son cas très complet d'hémorragie par rupture d'un petit kyste de l'ovaire ; il y fit d'abord une colpotomie, la castration totale ne fut pratiquée que plusieurs jours après et l'examen anatomique se borne à « pachypéritonite secondaire à des lésions inflammatoires tubo-ovariennes ». Sans rejeter de parti pris la possibilité d'hématocèle par rupture de néo-vaisseaux à l'intérieur d'un feuillet péritonéal enflammé et épaissi, il convient donc auparavant de

s'assurer qu'il n'existe pas au-dessous une lésion de la trompe ou de l'ovaire capable de provoquer une hémorragie intra-péritonéale, une pareille explication est plus satisfaisante pour l'esprit inquiet d'une grande précision anatomique.

Dans un certain nombre de cas, tous, il est vrai, d'origine allemande, seule la présence d'hématocèle paraît certaine, les organes génitaux sont intacts, le péritoine lui-même qui les entoure n'a pas d'altération et les auteurs pour expliquer l'hémorragie se rabattent sur l'existence d'une maladie générale, hémorragipare sans qu'on sache d'ailleurs pourquoi l'épanchement sanguin se localise dans la cavité pelvienne.

Sauter, sur quatorze hémorragies du Douglas, n'en trouva pas moins de sept, qui relevaient de maladies générales dont les principales étaient : endocardite, péricardite adhésive, emphysème, endartérite, néphrite, etc.

Freund, à côté de dix cas d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, cite cinq cas de fausse grossesse, dont deux avec hématocèle franche : l'une, traitée par colpotomie et où l'on trouva les organes génitaux internes indemnes, fut mise sur le compte d'un cœur gros, l'autre était due à une hyperhémie provoquée, au début de la menstruation par la persistance de l'allaitement, on ne peut que s'étonner de la proportion aussi élevée de fausses grossesses extra-utérines, et croire qu'un examen anatomique plus complet eût mis en évidence des causes plus acceptables.

Une autre observation de Freund était due, elle aussi, à une hyperhémie provoquée par une maladie

infectieuse aiguë, par une pneumonie. Nous citons cette observation rapportée dans la thèse de Bruhle :

OBSERVATION XXX

(Bürckle, *Diss. Strassburg* 1903.)

Stagnation veineuse comme cause de l'hématocèle rétro-utérine.

Une femme, qui n'avait jamais ressenti de douleur abdominale, eut une pneumonie trois semaines après ses règles. Peu à peu cyanose, dyspnée, température élevée, météorisme, douleur dans le ventre, vomissements bilieux, diarrhée incessante, abattement. On sent une tuméfaction occupant la place d'une hématocèle typique ; le pouls s'accélère mais n'est pas petit.

A l'incision, on évacue 1 litre de sang couleur chocolat, on trouve tout autour des pseudo-membranes minces ; utérus trompe et ovaire ne permettent de reconnaître aucune trace de grossesse. L'examen microscopique ne permet pas de trouver trace de fœtus. De même, les recherches bactériologiques ne montrent ni pneumocoque, ni bacille tuberculeux. Cette hémorragie doit être considérée comme compensatrice et comme une sorte de saignée naturelle.

On ne peut avec l'auteur qu'admirer ici un curieux effet de la nature médicatrice !

Il nous faut discuter maintenant si les exsudats séro-sanguinolents produits par la tuberculose, par la dégénérescence maligne des organes génitaux internes, peuvent entrer en ligne de compte dans notre étude des hématocèles. Tel serait l'avis de Freund, qui en rapporte un cas par péritonite tuberculeuse et un second par tumeur des annexes, tel aussi l'avis de Gardner, avec trois observations par tuberculose miliaire des trompes et tumeur primitive de l'ovaire

et de Percival Barber qui, chez une femme de trente-sept ans, avec aménorrhée depuis trois ans, songea à une hématoçèle, pratiqua une colpotomie, retira des caillots sanguins, et découvrit à l'examen histologique un carcinome des ovaires. Il semble que le plus souvent l'exsudation séro-sanguinolente des péritonites tuberculeuses ou cancéreuses, reste toujours liquide, de coloration assez claire, très mobile dans la cavité péritonéale et ne mérite pas le titre d'hématoçèle. Mais que dire de l'observation de Monsiorski, qui, à la vue de gros caillots sanguins, diagnostiqua une hématoçèle ouverte spontanément dans le vagin, observation dans laquelle l'évolution démontra qu'il s'agissait d'un carcinome des annexes, qui, « au cours de son évolution, envahit des vaisseaux sanguins, ce qui amena la rupture de ceux-ci et une hématoçèle. La pression contre la paroi était si forte que le cul-de-sac postérieur dut se ramollir, céder et éclater ».

L'altération des veines du plexus utéro-ovarien avec dilatation variqueuse de ces vaisseaux, émise par Riclet, fut développée dans la thèse de Devalz et prit dès lors rang au nombre des causes les plus habituelles de l'hématoçèle rétro-utérine. Il est certain que beaucoup de cas, étiquetés de la sorte, n'étaient en réalité que des ruptures de trompe gravide, auxquelles il manquait et une histoire clinique plus précise et surtout un examen histologique plus complet. Toutefois, il semble que le varicocèle tubo-ovarien, peut, quoique rarement, exister en dehors de toute grossesse : les cas relevés dans la thèse de Rousson (Paris 1892) et plus récemment celle de Camusset (Lyon 1909), en font foi,

mais aucune ne provoqua d'hémorragie intra-péritonéale.

Peut-être peut-on rapprocher de ces faits une observation rapportée par Freund :

OBSERVATION XXXI

(Freund, *Cong. Gyn. de Gressen*, 1901.)

Il s'agissait d'une trompe double ; entre les deux lumières tubaires se trouvait un septum très vasculaire. Une grosse veine fut crevée par le coït et donna une hémorragie externe grave qui nécessita l'opération. Guérison. Dans les coupes sériées de l'organe on ne trouva aucun élément fœtal.

Il est question ici, il est vrai, d'une malformation, et il est à noter que les malformations siégeant dans une portion sous-jacente de la filière génitale peuvent par rétention des épanchements sanguins dans le vagin ou l'utérus donner l'hématocolpos ou l'hématométrie, et que nous n'avons pas trouvé de cas de reflux abondant par la trompe, irruption de sang dans la cavité péritonéale et formation d'hématocèle.

Que dire enfin d'observations comme celle de Kober, concernant une malade opérée par Pfannenstiel ?

OBSERVATION XXXII

(Rober, *Cent. für Gyn.*, 28 sept. 1901.)

Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine.

Diagnostic clinique. — Hématocèle par grossesse extra-utérine probable.

15 mars. — Ether. Laparotomie (Pfannenstiel). Après ouverture du péritoine, la séreuse a un reflet bleu, il s'écoule une petite quantité de sang liquide ; l'opérateur explore avec toute la main la cavité abdominale et constate que

tout le Douglas est rempli de caillots. Traction du fond utérin avec pince de Museux, extraction des caillots. On examine les annexes des deux côtés. Trompes et ovaires sont de tous points normaux, sur la trompe on ne voit pas de dilatation, la région des franges a un aspect tout à fait normal. Sur les autres organes abdominaux nulle part de processus pathologique qui ait pu produire une hémorragie. Le tissu utérin est fragile, la pince arrache le parenchyme et il en résulte une hémorragie assez forte qui nécessite l'excision de cette partie déchirée et sa suture. Guérison.

L'examen histologique de la portion utérine excisée a montré qu'il s'agissait d'un tissu utérin normal, que rien ne pouvait faire penser à une grossesse possible.

Les partisans de la théorie unique de l'hématocèle par grossesse tubaire, pourraient, s'il n'y avait que des cas semblables, reprendre tous leurs droits, car comment concilier une hémorragie intra-péritonéale séreuse avec une simple fragilité du tissu utérin?

La détermination anatomique de l'origine de l'hématocèle pelvienne est en somme une question difficile et délicate à résoudre, trop aisée pourtant pour ceux qui ne veulent y reconnaître que la localisation ectopique de la grossesse. C'est en effet à elle que l'on doit songer tout d'abord; il faut de plus un examen macroscopique et microscopique soigneux des caillots, de la trompe, de l'ovaire, du corps utérin et, en l'absence de lésions nettement appréciables, ne pas accepter à la légère une maladie générale causale, mais laisser toujours en suspens la possibilité d'une grossesse extra-utérine, impossible à affirmer, peut-être en raison de l'ancienneté des accidents.

CHAPITRE VI

ÉTUDE CLINIQUE

Par l'étude anatomique des hémorragies intra-péritonéales, qui nous occupent, on peut déjà prévoir que l'allure clinique de ces hémorragies sera variable, non pas d'après l'organe qui leur a donné naissance, puisqu'elles proviennent toutes de la zone génitale, mais d'après l'abondance de l'écoulement sanguin, sous la dépendance lui-même du calibre des vaisseaux intéressés, et de l'intensité de la réaction péritonéale chargée de limiter cet épanchement. Comparable dans ses grandes lignes à la rupture d'une grossesse tubaire, l'hématocèle, que nous étudions, a pourtant quelques caractères particuliers, que nous nous efforcerons surtout de mettre en évidence.

L'âge de nos malades correspond à la période active de la vie génitale, c'est-à-dire entre seize et trente-cinq ans, nous n'avons qu'un seul cas survenu après la quarantaine.

La plupart des patientes ont eu un ou plusieurs accouchements antérieurs, d'autres sont nullipares et, enfin, quelques-unes possèdent une virginité moralement et physiquement constatable.

Le passé génital, indemne pour ces dernière est le plus souvent chargé ; beaucoup ont des antécédents de poussées inflammatoires avec leucorrhée, douleurs à la miction, règles douloureuses et irrégulières, indice de lésions annexielles avec réaction du péritoine avoisinant.

Le moment d'apparition des accidents coïncide d'ordinaire avec la période menstruelle ; et l'on conçoit aisément que la poussée congestive, qui porte alors sur les organes pelviens, provoque parfois la distension et la rupture d'une cavité kystique, d'un vaisseau dilaté. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une congestion passagère des organes génitaux internes, provoquée par un effort exagéré et prolongé, par un traumatisme dont le plus banal est le coït. Il faut se rappeler que la cause efficiente peut faire défaut, ou être si minime qu'elle passe inaperçue, car l'on sait avec quelle facilité au cours de manœuvres opératoires, faites pourtant avec la plus grande douceur, se rompent les kystes de l'ovaire à contenu sanguin et les vaisseaux dilatés qui rampent à la surface des fibromes utérins.

Le début des accidents est rarement insidieux, même dans les formes à évolution lente, il y a toujours eu, et on retrouvera toujours par un interrogatoire serré de la malade, un moment caractérisé par des phénomènes abdominaux aigus et douloureux. La douleur est d'ailleurs variable d'intensité ; modérée dans son acuité, elle siège dans le petit bassin, s'irradie à la région lombaire, elle est comparable aux douleurs qui surviennent dans les jours qui précèdent l'écoulement menstruel chez des femmes atteintes de dysménorrhée.

Elle peut par contre prendre un caractère d'acuité extrême, la malade éprouve subitement une sensation atroce de déchirure intense, interrompt toute occupation et n'a que le temps de s'aliter ; les syncopes sont fréquentes en pareil cas.

Lorsque l'hémorragie est très abondante et ne trouve pas de lanière dans sa progression, le tableau de l'inondation péritonéale se trouve réalisé ; hâtons-nous de dire que cette forme est encore relativement plus rare qu'au cours de la rupture d'une grossesse tubaire. La malade est allongée sur son lit, la face excessivement pâle et couverte de sueur, les muqueuses décolorées, exsangues, le pouls petit, rapide, incomptable, la respiration accélérée et superficielle, la température souvent en hypothermie. La patiente est agitée, inquiète, elle accuse des troubles visuels avec perceptions de brouillards, de mouches volantes, des troubles auditifs avec bourdonnements d'oreilles très pénibles. L'examen de l'abdomen montre que celui-ci est distendu, un peu ballonné, douloureux à la pression ; il existe parfois de la matité dans les flancs, mais le toucher vaginal reste négatif, les culs-de-sac sont souples et ne bombent pas. En somme les signes d'une grave hémorragie interne sont au complet. Il est rare que la mort survienne du seul fait de l'hémorragie, la gravité de l'état général ne semble pas dépendre uniquement de la quantité de sang épanché ; à la saignée subie par la malade, vient se joindre un état de shock nerveux avec troubles vaso-moteurs périphériques, dû à l'irruption brusque de liquide dans la cavité péritonéale, état de shock que viendra aggraver encore

tout traumatisme surajouté et on s'explique de la sorte la gravité des interventions chirurgicales dans les quelques heures qui suivent le début de l'hémorragie.

Le plus souvent, par un traitement médical approprié, l'hémorragie s'arrête, ou tout au moins les phénomènes inquiétants s'amendent, tandis qu'avec cette amélioration coïncide un enkystement de l'épanchement, transformant l'inondation péritonéale en une hématocele plus ou moins abondante, localisée à la cavité pelvienne, ou débordant de part et d'autre dans les fosses iliaques.

Les signes d'hémorragie sont presque toujours moins accentués. Après la douleur du début, on constate seulement que la malade est un peu pâle, décolorée, le pouls rapide autour de 120, et que la température, qui, au moment de l'hémorragie était descendue au-dessous de 37 degrés, remonte dans les jours suivants, peut même atteindre 39 degrés, sans qu'on puisse incriminer aucune réaction inflammatoire, mais seulement une réaction fébrile de résorption. L'écoulement par le vagin de liquide sanguinolent et surtout de coloration brun chocolat, mêlé de caillots est tout à fait exceptionnel. A signaler, enfin, de la constipation et des troubles mictionnels, tous deux probablement de cause mécanique.

Les signes physiques, surajoutés à des symptômes fonctionnels d'hémorragie interne, sont tout à fait concluants. Chez une femme, autrefois indemne ou ne présentant que des lésions annexielles atténuées, on voit apparaître brusquement en quelques jours une tuméfaction, qui, très volumineuse, est appréciable au

palper abdominal sous forme de véritable plastron sous-jacent à la paroi abdominale, mais qui est surtout délimitable par le palper et le toucher vaginal combinés. Cette tuméfaction est saillante dans le vagin, dont les culs-de-sac, et surtout le Douglas, deviennent proéminents, elle refoule en avant le corps de l'utérus qui se trouve plaqué contre la symphyse et comprime en arrière les parois dépressibles du rectum; vers le haut, elle dépasse plus ou moins la symphyse pelvienne, et se confond avec le grand épiploon dont le bord libre vient se coller au-dessus d'elle; enfin elle déborde souvent en croissant dans une ou les deux fosses iliaques. Sa consistance un peu pâteuse, tendue, semi-élastique, plus rarement fluctuante est presque caractéristique, et donne non l'impression d'une collection liquide sous pression mais d'une collection formée à la fois de liquide et de caillots sanguins. On peut trouver parfois en son centre une tumeur plus dure, plus résistante, au cas où l'épanchement sanguin s'est développé autour d'un utérus myomateux.

L'évolution de l'hématocèle une fois constituée est la tendance spontanée vers la résorption, par suite de l'activité très grande d'absorption de la séreuse péritonéale même à l'égard des éléments figurés du sang. On a rarement l'occasion d'assister à la disparition spontanée d'une hématocèle, actuellement qu'on a le droit, en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie réalisables, de hâter la guérison par une intervention chirurgicale. Il n'était pas rare autrefois de voir des hématocèles arriver à résorption complète mais après

des mois et jusqu'à plus d'une année d'immobilisation.

L'évolution progressive de l'hématocèle peut être modifiée par des poussées successives d'augmentation brusque de l'épanchement, survenant même chez des malades mises au repos le plus absolu. La source de l'hémorragie n'est en effet pas tarie, et à l'occasion d'une nouvelle cause provocatrice identique à la première, une nouvelle évacuation sanguine vient s'ajouter à l'épanchement sanguin déjà existant. Cette reproduction de l'hémorragie se manifeste à nouveau par des phénomènes douloureux, par une exagération de la pâleur de la malade, et sur la courbe du pouls, de la température, par une accélération constante du premier et quelquefois sur une descente thermique. En même temps on constate du côté de l'abdomen que la tuméfaction s'est accrue, sa limite supérieure est plus élevée, les culs-de-sac sont plus saillants, la tuméfaction plus tendue, plus résistante. Ces poussées hémorragiques peuvent se reproduire à plusieurs reprises, et la possibilité de déchirure des adhérences péritonéales protectrices fera toujours redouter une inondation secondaire de la grande cavité péritonéale et fournira une des grandes indications de l'intervention chirurgicale.

La transformation purulente de l'épanchement est relativement rare; elle s'expliquerait pourtant aisément, si on se souvient que les annexes, cause initiale la plus fréquente de l'hémorragie, sont souvent le siège de lésions inflammatoires susceptibles de se réveiller en présence d'un milieu de culture aussi

favorable à la suppuration que le contenu d'une hématoçèle.

Le pronostic de l'hématoçèle pelvienne sans grossesse extra-utérine est donc grave si l'on songe à la possibilité, rare il est vrai, de mort brusque dès le début des accidents, et à la suppuration toujours à redouter d'un épanchement sanguin en pleine cavité péritonéale; la gravité provient surtout de la répétition des accidents hémorragiques pouvant, à tout instant de l'évolution d'une hématoçèle, mettre la vie de la malade en danger.

Le diagnostic différentiel paraît relativement facile, pour un observateur prévenu de la fréquence de l'hématoçèle parmi les affections gynécologiques, et on peut dire qu'actuellement dans les services de spécialité, il est peu ou pas de cas qu'on laisse passer inaperçus. Lorsque chez une femme encore jeune, après un début brusque et douloureux, on note des signes plus ou moins externes d'hémorragie interne, et que de plus on constate, par le palper et le toucher vaginal combinés, le développement rapide dans le bassin d'une tuméfaction faisant bomber le Douglas, refoulant en avant le corps utérin, remontant plus ou moins haut dans la cavité abdominale et de consistance pâteuse et semi-fluctuante, l'existence d'une hématoçèle est à peu près indiscutable.

Pourtant, on peut avoir quelque arrière pensée à accepter un pareil diagnostic si, obnubilé par la notion de gravidité à l'origine de toutes les hématoçèles, on n'arrive pas à faire cadrer l'idée d'une grossesse extra-utérine avec l'ensemble clinique de la maladie. On

songe alors, s'il s'agit surtout d'une jeune fille, à une torsion de kyste de l'ovaire, à une tuberculose péritonéale aiguë. Le diagnostic le plus souvent porté est celui d'appendicite et l'erreur est d'autant plus explicable que la localisation pelvienne de l'appendicite est loin d'être une exception et que, dans l'hématocèle, l'élévation fréquente de la température appelle l'attention du côté d'une complication infectieuse.

En réalité, dans presque tous les cas que nous avons rapportés le diagnostic admis fut celui d'hématocèle, mais d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire, et c'est seulement au cours de l'intervention ou même ultérieurement par l'examen anatomique des pièces prélevées que l'on peut exclure l'existence initiale d'une grossesse extra-utérine. Il existe pourtant, nous semble-t-il, quelques signes cliniques qui, même avant l'intervention, pourraient permettre sinon d'affirmer, tout au moins d'énoncer l'origine probable de l'épanchement sanguin.

L'interrogatoire a bien quelque importance et si les aveux de la malade sur un sujet aussi délicat ne doivent être admis que sous réserve, encore ne faut-il pas les rejeter de parti-pris, surtout si elle n'a aucun intérêt à tromper son médecin. Le milieu social dans lequel elle vit, la surveillance à laquelle elle est soumise, les confidences de l'entourage doivent être pesés avec soin et être toujours accompagnés d'un examen portant sur les constatations physiques de la virginité.

La régularité de la menstruation, l'absence des signes fonctionnels de toute grossesse, l'absence d'augmentation de volume des seins, de pigmentation de

l'aréole et de la ligne blanche sont de peu d'importance, car ils se retrouvent quelquefois au cours de grossesses extra-utérines anatomiquement constatées.

Plus importante nous paraît être l'intégrité du col utérin, qui n'est pas augmenté de volume, conserve sa consistance normale et surtout ne laisse suinter aucun écoulement teinté de sang. Nous n'avons retrouvé dans aucune de ces observations l'existence de ces pertes brunâtres, chocolat, avec caillots sanguins, si importante dans le diagnostic de l'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine et dont tout récemment Albertin et Desgouttes viennent de mettre en évidence la grande valeur clinique.

Les résultats du toucher vaginal paraissent les mêmes quelle que soit l'origine de l'hématocèle; seule la coexistence d'un fibromyome utérin pourrait modifier les sensations perçues, en montrant au milieu de la masse sanguine et refoulée par elle contre la symphyse, une tumeur qui se distingue de la masse pâteuse dans laquelle elle est plongée par une consistance plus dure, plus résistante. Ajoutons que, dans ce cas, la malade avait presque toujours présenté antérieurement des métrorragies qui avaient depuis longtemps déjà attiré l'attention sur une dégénérescence myomateuse de l'utérus. Pourtant, dans notre cas personnel, la malade était parfaitement réglée et c'est par un accident aigu, par une hémorragie intra-péritonéale que le fibrome manifesta pour la première fois son existence clinique.

Si donc il est inexact de dire qu'anatomiquement toute hématocèle relève de la rupture d'une grossesse ectopique, de même au point de vue clinique, l'héma-

tocèle indépendante de toute lésion gravidique se produit dans des conditions spéciales, se manifeste par quelques signes particuliers qui peuvent sinon faire toujours affirmer son existence, du moins la faire soupçonner, en attendant qu'un examen histologique apporte la confirmation du diagnostic.

Cette variété d'hématocèle est assurément rare par rapport à la fréquence de celle qui complique la grossesse tubaire. Son existence est pourtant utile à connaître pour le médecin qui, une fois averti, n'attribuera pas à la gravidité tout épanchement sanguin intra-pelvien et évitera de la sorte une erreur de diagnostic, et surtout évitera des interprétations fâcheuses pour la moralité de la malade qui en était porteur. Il est utile, au point de vue social, de savoir que, qui dit hématocèle rétro-utérine, n'indique pas forcément l'existence d'une grossesse ectopique antérieure.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous n'avons pas pour but de passer en revue les traitements appliqués à l'hématocèle pelvienne. L'accord paraît fait actuellement sur ce sujet : toute hématocèle doit être opérée et opérée par voie abdominale.

Nous dirons seulement à propos du moment où l'on doit pratiquer l'intervention, qu'il est très rare, pour les hémorragies qui nous occupent, que la malade soit emportée par l'abondance de l'épanchement sanguin, et que la gravité des accidents du début doit en partie être mise sur le compte de l'état de shock nerveux, résultant de l'irruption brusque du sang à l'intérieur du péritoine. Sans rejeter absolument l'intervention dans les quelques heures qui suivent le début de l'hémorragie, méthode qui paraît très rationnelle puisqu'elle se propose d'aller lier le vaisseau qui saigne, il nous semble préférable d'attendre que l'orage péritonéal soit calmé, de temporiser en mettant la malade au repos absolu, au lit, la tête basse, avec de la glace sur l'abdomen, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel pour remonter sa tension artérielle, et de renvoyer, si possible, l'intervention à plus tard, à un moment où la malade sera plus apte à supporter un trau-

matisme chirurgical. L'état de la patiente, atteinte d'hémorragie pelvienne intra-péritonéale brusque, est assez comparable à l'état de shock que présentent les grands écrasés, et l'on sait la gravité que prend, pratiquée aussitôt après l'accident, une intervention aussi rapide et en apparence aussi simple qu'une amputation de membre, alors que cette opération pratiquée chez eux quelques jours plus tard n'a à son actif que d'heureux résultats.

Au sujet de la voie chirurgicale, ici plus que jamais la voie abdominale nous paraît indiquée, car seule elle permettra de se rendre un compte exact des lésions, de découvrir la cause de l'hémorragie et surtout de décider jusqu'où doit s'étendre la conservation. C'est la colpotomie qui est cause que beaucoup d'observations anciennes, étiquetées hématoèles sans grossesse tubaire, sont insuffisantes par leur manque de contrôle anatomique.

Le point intéressant du traitement de ces hématoèles est de discuter la conduite à tenir à l'égard des organes génitaux internes, origine de l'hémorragie.

Dans le cas de fibrome, la discussion ne se pose même pas ; on intervient pour l'épanchement sanguin intra-péritonéal et on enlève la cause initiale l'utérus myomateux, en pratiquant, suivant les préférences personnelles du chirurgien, une hystérectomie totale ou subtotale, cette dernière ayant sur l'autre l'avantage incontestable d'être plus rapide et d'éviter l'ouverture du vagin, dont on le sait, l'asepsie est toujours difficile sinon impossible à réaliser.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste héma-

tique de l'ovaire, d'une trompe enflammée, on doit également enlever en bloc les annexes du côté malade, et la discussion se pose pour les organes du côté opposé, qui, s'ils étaient sains devraient être laissés en place, pour éviter à la malade la série de troubles imputés à la disparition de la sécrétion ovarienne. S'il s'agit d'une jeune femme on a de la peine à se résoudre à pratiquer une castration totale et le chirurgien n'a pas le droit en principe de faire une intervention aussi complète, qui aura malgré tout des inconvénients pour la vie ultérieure de la patiente. En réalité nous avons vu au cours de notre description anatomique, que lorsqu'une trompe est chroniquement enflammée, il est constant que celle du côté opposé présente des lésions analogues, et que d'autre part lorsqu'on trouve au niveau d'un ovaire un ou plusieurs kystes hématiques, on retrouvera des kystes analogues sur l'ovaire du côté opposé ; l'ovarite hématique est toujours une lésion bilatérale.

D'ailleurs la conservation n'est pas sans offrir quelque danger ; c'est ainsi que la malade opérée par Jayle, après des suites opératoires excellentes, présenta au bout de quelques mois à nouveau des phénomènes douloureux du côté des annexes laissées en place, et au toucher, Jayle crut pouvoir affirmer que dans l'ovaire qui avait été jugé sain, s'était formée une nouvelle cavité kystique qui pourrait demander plus tard une nouvelle opération. Ces transformations kystiques hémorragiques sur des annexes laissées en place, soit volontairement, soit au cours d'opérations incomplètes, ont été étudiées par Dartigues et Joannidès sous le nom de

cysthématomes menstruels post-opératoires ; à chaque poussée menstruelle la cavité kystique augmente de volume et la tumeur porte toujours en elle la menace possible d'une rupture avec les accidents graves qui en découlent.

En somme, la conservation doit être tentée toutes les fois qu'elle sera jugée possible, mais en pratique elle sera rarement applicable par suite de la bilatéralité des lésions et, d'autre part, elle n'est pas sans présenter quelque inconvénient, aussi est-il bien rare qu'elle soit indiquée et la castration totale devient le complément presque obligatoire des interventions pour hématocele sans grossesse extra-utérine.

Nous pourrions nous demander enfin s'il ne serait pas possible d'appliquer à ces hémorragies un traitement préventif et de même qu'on enlève toute grossesse tubaire dès le diagnostic nettement posé, si de même on ne pourrait pas enlever trompes et ovaires avant qu'ils aient donné des accidents d'hémorragie interne. Tel était déjà l'avis de Pillet qui, dans son étude des hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique, préconisait l'ablation des organes malades à titre préventif. Telle est aussi l'opinion de C. Daniel qui propose « l'ablation de tous les kystes hémorragiques, dès qu'il auront été diagnostiqués, car leur évolution naturelle nous paraît être leur accroissement continu et ils peuvent donner lieu à des accidents de rupture assez graves ».

Dans le cas de fibromes utérins, l'opération préventive est absolument indiquée et la possibilité d'une telle complication est une raison de plus en faveur de l'ablation systématique de tous les utérus atteints de dégé-

nérescence myomateuse, dès qu'ils sont diagnostiqués et à plus forte raison s'ils donnent des accidents.

Au sujet des altérations des trompes et des ovaires nous nous rangerions volontiers à l'opinion de Pillet et de C. Daniel, qui nous paraît rationnelle, en faisant seulement remarquer que la difficulté siège non pas dans l'indication opératoire, mais dans la précision d'un diagnostic clinique préalable.

CONCLUSIONS

I. — Entre les hémorragies pelviennes intra-péritonéales et l'hématocèle rétro-utérine, il n'y a qu'une série de degrés dépendant seulement de l'abondance de l'écoulement sanguin et de la réaction du péritoine chargé de limiter son extension. Leur origine est d'ailleurs la même, c'est ce qui explique que l'étude ne doit pas en être séparée.

A côté de l'hématocèle par rupture de grossesse ectopique, il existe une hématocèle, beaucoup plus rare il est vrai, indépendante de toute altération gravidique.

II. — Anatomiquement, on ne trouve alors ni placenta, ni débris fœtal et au microscope aucune villosité choriale. L'hémorragie résulte de :

a) Lésions de l'ovaire: par apoplexie ovarienne et ouverture de l'ovaire ;

Par rupture de kystes hématiques développés aux dépens de kystes folliculaires ou de kystes des corps jaunes.

b) Lésions de la trompe consistant le plus souvent en inflammation chronique hémorragique de ses parois.

Ces lésions des annexes sont presque toujours bila-

térales et englobées à l'intérieur de fausses membranes péritonéales auxquelles on fait jouer un rôle dans la limitation de l'épanchement.

c) Coexistence de fibromyome utérin avec dilatation et rupture d'un des nombreux vaisseaux veineux sous-péritonéaux qui s'irradient autour de la tumeur.

d) Autres causes, celles-ci discutables, telles que maladies générales hémorragiques, malformations des trompes, pachypéritonite hémorragique. On peut toujours laisser en suspens dans ces cas la possibilité d'une grossesse ectopique difficile à mettre en évidence.

III. — Cliniquement, ces hémorragies intra-péritonéales donnent soit le tableau de l'inondation péritonéale, soit le plus souvent celui de l'hématocèle pelvienne se constituant lentement, et donnant fréquemment lieu à des poussées hémorragiques successives.

On diagnostique facilement l'hématocèle, et on songera à éliminer l'idée d'une grossesse extra-utérine, en présence des aveux de la malade, de sa virginité, de la régularité de la menstruation, de l'absence de tout signe fonctionnel de grossesse, et surtout de l'absence de ramollissement du col utérin et de pertes chocolat par le vagin. Un tel diagnostic devra toujours être confirmé par un examen anatomique complet, à la fois macroscopique et microscopique. Au point de vue social, il importe de savoir que le diagnostic d'hématocèle n'implique pas forcément celui de grossesse extra-utérine préexistante.

IV. — Le traitement est celui de l'hématocèle : opérer par voie abdominale, toujours intervenir et si possible, dans les quelques jours qui suivent le début

brusque des accidents. Il faut en plus rechercher la cause de l'hémorragie, faire l'ablation d'un utérus myomateux, d'une trompe enflammée, d'un ovaire hémato-kystique, essayer la conservation, lorsqu'elle sera possible, et se souvenir qu'on en est réduit à une castration totale dans la plupart des cas.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (A.).

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 juin 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN et DESGOUTES, De la Grossesse tubaire. Formes anatomiques et cliniques. Traitement (*Lyon chirurgical*, 1^{er} mars 1909).
- BARBER PERCIVAL (E.), *North of England obst. and gyn. Soc.*, 1908, analysé in *Lancet*, 1908.
- BENDER et MARCILLE, Inondation péritonéale due à la rupture d'un kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire (*Soc. anat. Paris*, 1^{er} juillet 1904, et *Tribune médicale*, 20 août 1904).
- BERNUTZ, Traité des maladies des femmes (*Archives de tocologie*, 1866).
- BOECKEL, Des Kystes ménorragiques de l'ovaire (*Gaz. med. Strassbourg*, 1861, p. 79).
- BURGER, Hémorragie dans un kyste folliculaire, avec rupture secondaire du kyste dans la cavité abdominale et inondation péritonéale (*Gebüst Gyn. Gesell. in Wien*, 30 juin 1903).
- BURKLE, *Stagnation veineuse comme cause de l'hématocèle rétro-utérine* (Dissertation, Strassbourg, 1903).
- BUSSE, *Monats. f. Geb. Gyn.*, juillet 1902, vol. XIV.
- CAMUSET, *Varicocèle tubo-ovarien* (thèse de Lyon, 1909).
pelvienne (thèse de Paris, 1894 ; *Gaz. Hôp.*, 11 et 18 juillet 1896).
- CESTAN, *Des Hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle*
- CLARKE, Hémorragie intra-péritonéale par fibrome utérin avec distension aiguë de l'abdomen (*Lancet*, 1907, p. 8).
- COE, *The American Journ. of Obst.*, 1852, p. 35.
- CONDAMIN, Grossesse ovarienne (*Lyon médical*, 1902).
- CONHEIM (Eva), *Grossesse ovarienne* (thèse Lausanne, 1903).
- COURTY, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1866.
- CROOM, *The Edinb. med. Journ.*, octobre 1891, p. 314.

- CULLINGWORTH, Nos Connaissances actuelles sur l'hématocèle (*Lancet*, 19 juin 1897).
- DARTIGUES et JOANNIDÈS, les Cysthématomes menstruels post-opératoires (*Revue de gynécologie et chirurgie abdominales*, 1908, p. 67; *Revue de gynécologie et chirurgie abdominales*, 1905, p. 25 et 193).
- DANIEL, Les petits kystes hémorragiques de l'ovaire considérés au point de vue chirurgical (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1905, p. 195).
- DELORE (X.), Note critique sur l'hématocèle (*Lyon médical*, 15 mars 1896).
- DELPORTE, Recherches sur la menstruation tubaire (*l'Obstétrique*, avril 1909).
- DENONVILLIERS, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1851.
- DENUCÉ, *Bulletin de la Société anatomique*, 1853.
- DEPAGE, Rupture de l'ovaire. Hémorragie intra-péritonéale (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 1898, n° 1).
- DEVALZ, *Varicocèle ovarien* (thèse de Paris, 1858).
- DORAN (Alban), Apoplexy of the ovarian cystic-dilatation without rupture (*Transact. obst. soc. of London*, vol. XXXII, p. 114, 1890).
- Hemorrhage from the Fallopean Tube without evidence of tubal gestation (*Transact. obst. Soc.*, vol. XL, 1898).
- DUPOUY, *Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales* (thèse de Paris, 1895-1896).
- EBERHARDT, Un cas d'ovarite hémorragique, périovarite et péri-salpingite avec hématome de l'ovaire (*Centralbl. fur Gyn.*, 31 mai 1892).
- ELLIOT, *The Boston med. Journ.*, 1893.
- ENGSTRÖM, Hématocèle pelvienne abondante consécutive à une hémorragie provenant d'un corps jaune (*Arch. f. Gyn.*, 1907, t. LXXXII, p. 60).
- FAURE, *Chirurgie des annexes de l'utérus*, 1902.
- FOLLIN, *Gazette des hôpitaux*, 1855.
- FORDYCE, Péritonite mortelle, suite d'apoplexie ovarienne pendant la période menstruelle (*New-York med. J.*, 16 février 1889).
- FREUND, Vraies et fausses grossesses extra-utérines (*Congrès de Gyn. de Giessen*, 1901; *Centr. f. Gyn.*, 1903, p. 853).
- GABRIEL, De l'Hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne (*Arch. f. Gyn.*, 1901, t. LXIV).
- GALLARD, des Hématocèles péri-utérines, causes, siège, traitement, 1851.

- GALLARD, Théorie de l'hématocèle (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1858).
- Hématocèles péri-utérines spontanées (*Archives de médecine*, 1860).
- *Leçons cliniques des maladies des femmes*, 1873.
- GARDNER et MARTIN, Trois cas d'hématocèle pelvienne (*Mont. réal med. Journ.*, janvier 1897).
- GOTTSCHALK, Sur les tuméfactions aiguës de l'ovaire (*Deutsch. med. Woch.*, 10 décembre 1896, p. 805).
- HANNECART, Hématocèle intra-péritonéale consécutive à une rupture d'un hématome de l'ovaire avec fibrome utérin (*Ann. Soc. belge de chirurgie*, 1900, n° 1).
- HOMANS, *The Boston med. Journ.*, 1893.
- JAYLE, De l'hématocèle par rupture d'un kyste hémattique de l'ovaire (*Soc. de chir. Paris*, 2 février 1909, p. 125, et *Presse médicale*, 24 avril 1909).
- KOBER, Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine (*Centrabl. f. Gyn.*, 28 septembre 1901).
- KOWER, Réfer. von A. Mynlieff in *Frommels Jahresbericht*, 1877, p. 68.
- LANDAU et KLEINSTEIN, État des muqueuses des voies génitales au cours des sténoses et malformations et menstruation tubaire (*Arch. f. Gyn.*, 1892, t. LXII, p. 273).
- LAROYENNE (L.), *Essai de sémétiologie du Douglas chez la femme* (thèse de Lyon, 1901-1902).
- LAROYENNE et SOLLER, *Lyon médical*, 12 et 14 mai 1882.
- LAUWERS, Des fibromes de l'utérus compliqués d'hématomes des ovaires et des trompes (*Bull. de la Soc. belge d'obst. et de gyn.*, 1902, n° 6).
- LAWSON TAIT, *Traité clinique des maladies des femmes*.
- LEMOINE (P.), *Hémorragies intra-péritonéales au cours des fibromes utérins* (thèse de Montpellier, 1906-1907).
- LETOUX et TUFFIER, Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable (*Soc. de chir. de Paris*, 1900, p. 1094).
- MAURANGE, Sur une cause rare d'hématocèle pelvienne (*Ann. de gyn.*, juillet 1893, p. 37).
- MARTIN, Hématocèle rétro-utérine (*Normandie médicale*, 1897).
- MARTIN, *Traité des maladies des femmes*, traduction française, Paris, 1889.
- MONSIORSKI, Un cas rare d'hématocèle sans grossesse extra-utérine, avec ouverture spontanée dans le vagin (*Monats. f. obst. und Gyn.*, 1908).

- MORIGNY, *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine* (thèse de Paris, 1890-1891).
- NÉLATON, *Gazette des hôpitaux*, 1850.
- NEUMANN (C.), Un cas d'hématocèle après laparotomie sans grossesse tubaire (*Zeitsch. f. Gyn.* 1902, p. 1393).
- PÉAN, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, 1895.
- PELLANDA, *La mort dans les fibromyomes utérins* (thèse de Lyon, 1904-1905).
- PERRIER, *Hémorragies intra-péritonéales au cours des fibromes utérins* (thèse de Lyon, 1904-1905).
- PILLIET et BAUDRON, Hématosalpingite (*Société anat. Paris*, mai 1891).
- PILLIET, Salpingite hémorragique par rétention (*Soc. anat. Paris*, mai 1893).
- Hémorragie de l'ovaire due à un corps jaune (*Société anat. Paris*, juin 1893).
- Hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique (*Ann. de gyn. et obst.*, 1893, p. 366).
- POLLOSSON, (A.), Hémorragies intra-péritonéales dans le cas de fibromes (*Soc. chir. Lyon*, 2 juin 1904, et *Lyon médical*, 1^{er} août 1904).
- PONCET, *De l'hématocèle péri-utérine* (thèse agrégation, 1878).
- *Dictionnaire Dechambre*, article HÉMATOCÈLE, 1886.
- POZZI, *Traité de gynécologie*, 2^e et 3^e édit.
- POTIER, Etude anatomique et pathologique des kystes hématiques primitifs de l'ovaire (*Rev. de gyn. et chir. abd.*, 1903, p. 783).
- PUECH, de l'Hématocèle péri-utérine (*Mémoire Montpellier*, 1858). — Rupture du plexus utéro-ovarien et thrombus intra-pelvien (*Acad. des sciences*, 28 juin 1858).
- RAGUET, *Pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine* (thèse de Paris, 1870).
- REYNOLDS, *The Boston med. Journ.*, 1893.
- RIGOLLOT-SIMONOT, Grossesse ovarienne (*Soc. anat.*, Paris, 1906).
- ROKITANSKY, *Lehrb. des path. anat.*, 1861, p. 484.
- ROLLIN, *Des hémorragies de l'ovaire* (thèse de Paris, 1889, et *Ann. de gyn.*, 1889, p. 354).
- ROULLAND, *Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme* (thèse de Paris, 1907, et *la Gynécologie*, 1908, p. 144).
- DE ROUVILLE, Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste

- folliculaire hémorragique d'un ovaire microkystique, présentant des lésions hémolympangiômateuses (*Ann. de gyn. et obst.*, avril 1908, p. 222).
- SAUTER, de l'Hématocèle pelvienne au cours des hyperhémies mécaniques généralisées et ses conséquences (*Zeit. f. Hulk. abth. f. path. anat.*, 1900).
- SCANZONI, *Maladies des organes sexuels*, Paris, 1858.
- SCHAMBACHER, Contribution à l'étude des vraies et fausses grossesses extra-utérines (*Cent. f. Gyn.*, 1903, p. 1080).
- SCHRÖDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1866.
- SKUTSCH, la Production de l'hématocèle (*Centr. f. Gyn.*, 1905, p. 1365).
- SOULIER (H.), A propos de l'hématocèle pelvienne (*Arch. prov. de chir.*, 1905, p. 537).
- SPENCER WELLS, *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales*, traduction française, 1886, p. 168.
- STEIN, Hémorragies intra-péritonéales mortelles au cours de myomes utérins (*Montas. f. Geburts. Gyn.*, Berlin, 1905, p. 687).
- STEINBUCHER, Torsion du pédicule d'un myome utérin avec hémorragie grave (*Wien. klin. Woch.*, 1905).
- THÉVENARD, Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine (thèse de Paris, 1895-1896).
- TROUSSEAU, Leçons sur l'hématocèle cataméniale (*Gaz. hôp.*, 1858 ; *Cliniques*, t. III, 1877).
- TOWNSEND, *The Boston med. Journ.*, 1893, p. 438.
- VEIT, Hématocèle et hématopéritonite (*Berlin. klin. Woch.*, 1890, p. 829).
- VIGNEAU, *les Hématomes de l'ovaire* (thèse de Lyon, 1902).
- VINCENT, Sur la présence de produits de conception des hématocèles (*Lyon médical*, 1896).
- VIOLET et ALAMARTINE, *Soc. des sciences méd.*, 30 juin 1909.
- VOISIN, de l'Hématocèle péri-utérine (thèse de Paris, 1858).
- WESLEY BOVEE, Hémorragie tubo-ovarienne ressemblant à une rupture de grossesse tubaire (*The amer. Gyn. and Obst. Journ.*, mai 1898).
- WEINBRENNER (de Magdebourg), De la grossesse extra-utérine simulée et hémorragies du corps jaune (*Centralbl. f. Gyn.*, 1906, p. 1383).
- WHEELTON-HIND, Hémorragie subite de l'ovaire (analyse la *Gynécologie*, 1905, p. 463).
- WILSON HAROLD, *Lancet*, 6 mai 1905, p. 1196.
- WIRCHOW, *Traité des tumeurs*, Berlin, 1863.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Historique et introduction	7
CHAPITRE II. — Hématocèle par lésion de l'ovaire . . .	17
CHAPITRE III. — Hématocèles par lésions de la trompe. . .	54
CHAPITRE IV. — Fibromes utérins et hématocèle . . .	67
CHAPITRE V. — Autres causes d'hématocèle.	84
CHAPITRE VI. — Etude clinique	92
CHAPITRE VII. — Traitement	102
CONCLUSIONS.	107
BIBLIOGRAPHIE	111

